ВОЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

А. Г. Караяни, Ю. М. Караяни

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ВОЕННОСЛУЖАЩИМ В БОЕВОЙ ОБСТАНОВКЕ

Учебное пособие

МОСКВА – 2016

ББК – Ю942-69я73
К 21

Допущено
Учебно-методическим объединением высших военно-учебных заведений по образованию
в области военного управления Вооруженных Сил Российской Федерации
по гуманитарно-социальным специальностям в качестве учебного пособия для курсантов
и слушателей высших военно-учебных заведений

Рецензенты:
М. С. Полянский, доктор педагогических наук, профессор;
Е. В. Митасова, кандидат психологических наук, доцент

Караяни А. Г., Караяни Ю. М.
К 21 Психологическая помощь военнослужащим в боевой обстановке : учебное пособие. – М. : Военный ун-т, 2016. – 212 с.

В учебном пособии изложен исторический опыт становления теории и практики психологической помощи в Вооруженных силах нашей страны и армиях иностранных государств в ходе Русско-японской (1904–1905 гг.), Первой мировой (1914–918 гг.) и Второй мировой (1939–1945 гг.) войн, локальных военных конфликтов XX–XXI веков. Раскрыты психологические последствия участия военнослужащих в боевых действиях (боевой стресс, боевая психическая травма, посттравматическое стрессовое расстройство, психологический кризис, страх, боль). Обоснованы цели, задачи, формы, методы и принципы психологической помощи участникам и ветеранам боевых действий.

Учебное пособие предназначено для психологов соединений и воинских частей, слушателей факультета переподготовки и повышения Военного университета, курсантов и студентов, обучающихся по специальности «Психология служебной деятельности».

ББК – Ю942-69я73

Оглавление

Введение

Война – это чудовищная по силе своей реалистичности и трагичности драма, которая неизменно разыгрывается в душе каждого солдата, оставляя неизгладимые, незаживающие отметины и пылающие раны.

Об истинных масштабах негативных последствий войны мы имеем сегодня лишь приблизительное представление. Единственное, что можно утверждать совершенно определенно, это то, что ни одно из известных природных бедствий и техногенных катастроф по степени экстремальности и по своим психологическим последствиям несравнимо с войной.

Исследования поведения человека в чрезвычайных ситуациях показывают, что если обычный человек в наиболее опасных и драматических ситуациях природного бедствия, техногенной катастрофы, эпидемии, войны и др., как правило, может действовать согласно инстинкту самосохранения (убежать, спрятаться, бездействовать и т. п.), то военнослужащий в самые опасные моменты боя вынужден идти против своей природы, действовать наперекор могучим инстинктам самосохранения, вопреки потребностям собственного организма, во имя надличностных целей и интересов. Он обязан продолжать выполнение боевой задачи, преодолевая сопротивление своей природы и мощных врожденных регуляторов активности.

В этом отношении можно говорить о том, что наряду с войной внешней (данной в виде ожесточенного боевого противоборства противников, огневых ударов, картин чудовищных разрушений и искореженной техники, вида убитых и стонов искалеченных), в душе каждого солдата идет своя внутренняя война, война между страхом и долгом. И эта внутренняя борьба чаще всего оказывается более тяжелой и драматичной, чем внешняя.

Боевая деятельность отличается специальной активной направленностью экстремальных факторов против человека. Противоборствующими сторонами создаются и применяются специальные орудия поражения, «выискивающие» противника (прицелы, обнаруживающие человека на предельных расстояниях, датчики, реа-

гирующие на тепло, движение, изменение объема помещений, высокоточное оружие и т. д.), принимаются исчерпывающие меры по недопущению использования им средств защиты (снаряды и пули с высокой бронепробиваемостью, отравляющие вещества с высокой степенью проницаемости и т. д.).

Воздействующие на участника боевых действий факторы сочетают разнокачественные угрозы. Во время боя воину приходится видеть, слышать и обонять такое, с чем ему никогда не приходилось сталкиваться в гражданской жизни. Постоянное недосыпание, действия в условиях недостаточной видимости, плохой погоды, смертельной усталости, голода, одиночества, созерцания нечеловеческих мук товарищей, это – сущий ад, в котором нет места, где солдат может чувствовать себя в относительной безопасности или расслабиться. Человек, опасающийся за свою жизнь, находится в постоянном напряжении, пытаясь предугадать время, природу и характер своей гибели[1].

В ходе одного боя протяженностью в несколько минут по участникам могут быть нанесены ракетные, авиационные, артиллерийские удары, с использованием обычных, ядерных, химических, биологических или зажигательных боеприпасов, применены средства дистанционного и обычного минирования, психологическое оружие, оружие несмертельного действия, фронтальные атаки танков и пехоты противника, удары в тыл, во фланг, диверсионные группы и т. д. В бою опасность ожидает человека из космоса, с воздуха, с земли, из-под земли, с акваторий. Экстремальные факторы боя могут воплощаться в конкретные объективированные формы или быть неосязаемыми, действовать явно или незаметно для человека. Они могут целенаправленно создаваться противником и проявляться вследствие просчетов в организации боевых действий и их всестороннего обеспечения.

Такого разнообразия стрессоров, которые могут действовать одновременно в течение короткого времени, не проявляется ни в одном другом виде экстремальной деятельности.

---

[1] См.: *Макнаб К.* Психологическая подготовка подразделений специального назначения. М., 2002.

Действие угрожающих факторов боя носит пролонгированный характер. Если обычный человек в зоне природного бедствия или катастрофы и даже в ходе войны может находить возможность для передышки (между толчками землетрясения, между приливами наводнения, между бомбежками и т. д.), то военнослужащий пребывает в ситуации опасности постоянно (днем и ночью), на линии соприкосновения с противником, в глубоком тылу, в тылу противника.

Отечественные психологи, стоявшие у истоков военно-психологической науки, отмечали, что «деятельность человека-бойца во время войны и боя носит особый характер», так как «протекает в условиях хронической опасности, т. е. постоянной опасности потерять здоровье или жизнь, а, с другой стороны, в условиях не только безнаказанного уничтожения себе подобных, коль скоро они являются врагами, но и в прямой необходимости и в поощряемом желании делать это как во имя конечных целей общего благополучия для своего народа, так и в целях собственного самосохранения[1].

Мотивация боевой деятельности сложна и противоречива. В ней широкие социальные мотивы представлены в свернутом виде и не всегда осознаются военнослужащими. Все это создает условия для развития острого внутриличностного конфликта.

Чтобы выжить среди ужасов и хаоса войны, участникам боевых действий необходимо перестроить свою психическую структуру, перевести психику на «военный режим» функционирования, адаптироваться к наиболее грозным стресс-факторам. С первых дней участия в боевых действиях (а часто и раньше начала) у воинов запускаются механизмы краткосрочной и долгосрочной адаптации, выработки специфических копинг-стратегий, навыков повседневного выживания.

Человеческое существо весьма уязвимо перед психотравмирующими факторами боя. «История показывает, что как бы хорошо ни были подготовлены войска, какими бы слаженными ни были их

---

[1] См.: *Дрейлинг Р.* Военная психология. Белград, 1935 // Душа армии. Русская военная эмиграция о морально-психологических основах российских Вооруженных сил. М. : ВУ, 1997. С. 156–166.

действия, какими бы умелыми и знающими ни были их командиры, многие солдаты не выдерживают тех психологических нагрузок, которые наваливаются на них в ужасе боя»… «находясь длительное время на поле боя, невозможно не страдать от различных психологических расстройств»[1]. Объемы таких расстройств приобретают значительные масштабы.

Перечисленные психологические особенности войны и боя определяют содержание, организационные схемы и методы психологической помощи.

Настоящее учебное пособие призвано раскрыть специфику психологических последствий участия военнослужащих в боевых действиях и предложить научно обоснованные методы и формы психологического вспомоществования им.

Первая глава пособия посвящается анализу и обобщению опыта психологической помощи, накопленного в нашей армии и армиях зарубежных государств в войнах и локальных военных конфликтах XX–XXI вв.

Вторая глава нацелена на раскрытие таких психологических последствий участия военнослужащих в боевых действиях, как боевой стресс, боевая психическая травма, посттравматическое стрессовое расстройство. В ней также анализируются такие феномены, как страх и боль.

В третьей главе раскрываются цели, задачи, принципы, формы, методы, технологические схемы и средства психологической помощи участникам боевых действий (психологической экспресс-диагностики, психологической поддержки и психологической реабилитации военнослужащих).

В четвертой главе излагаются цели, задачи, этапы и методы социально-психологической реадаптации военнослужащих, возвращающихся из зоны боевых действий в мирные условия жизнедеятельности, направления и технологии психологической помощи лицам, страдающим посттравматическим стрессовым расстройством.

---

[1] *Габриэль Р.* Героев больше нет. Нью-Йорк, 1987.

Глава 1. Исторический опыт психологической помощи участникам боевых действий

1.1. Зарождение практики оказания психологической помощи участникам боевых действий в годы Русско-японской войны (1904–1905 гг.)

В конце XIX в. военная психология обрела статус научной отрасли. В России это событие было воспринято с энтузиазмом. Наступивший вслед за этим этап развития военной психологии можно назвать этапом романтизма (конец XIX в. – середина 30-х гг. XX в.). Он характеризуется активным осмыслением учеными (военачальниками, военными врачами) возможностей приложения психологического знания к боевой практике войск, формулированием основных военно-психологических гипотез, «грубым» очерчиванием предметного поля военной психологии, первыми попытками энтузиастов применить выводы и рекомендации психологической науки в военном деле.

В то время в трудах Л. Л. Байкова, Г. Е. Шумкова, В. Н. Полянского, К. М. Вольфа, С. К. Гершельмана, А. С. Зыкова, К. И. Дружинина, М. И. Драгомирова, П. И. Изместьева, А. А. Керсновского, Н. В. Краинского, А. С. Резанова, чуть позже в работах Н. Н. Головина активно анализировался спонтанный, несистематизированный опыт психологической подготовки, поддержки, реабилитации воинов, психологического противоборства с противником в войнах предшествующих эпох, Русско-японской войны, Первой мировой войны. Большинство этих работ были пронизаны наивным романтизмом, верой почти в безграничные возможности психологии в деле боевой подготовки войск, в ее радужные перспективы в армии. Особое место в системе зарождавшейся военно-психологической теории и практики занимали вопросы психологической помощи участникам боевых действий[1].

---

[1] См.: *Караяни А. Г., Сыромятников И. В.* Введение в профессию военного психолога. М. : Академия, 2007.

Первой проверкой научной обоснованности сформулированных военно-психологических идей и реальной полезности военной психологии стала Русско-японская война 1904–1905 гг. Эта бессмысленная, непопулярная в народе, кровопролитная, тяжелая и неуспешная война выдвинула перед психологами и военными врачами в качестве главной задачи – профилактику и купирование психических расстройств.

Русские военные специалисты впервые осмысленно столкнулись с проблемой психических потерь еще во время Крымской войны 1853–1856 гг. и вследствие этого с началом Русско-японской войны 1904–1905 гг. они были в существенной мере готовы решать эту проблему на вполне высоком и современном по тому времени уровне. По оценкам специалистов, попытки русских врачей «диагностировать и лечить последствия боевого шока в 1905 г. ознаменовали собой рождение военной психиатрии»[1].

Прежде чем приступить к оказанию психологической помощи участникам боевых действий, русские военные специалисты достигли «прорывного» для того времени уровня теоретического осмысления проблемы психической травматизации, связав стресс, возникающий у личного состава на поле боя, с различными физическими проявлениями. Это позволило им разработать и практически использовать такие диагностические приемы, которые, по мнению специалистов, и сегодня являются вполне современными. С помощью таких методов были описаны случаи истерического возбуждения, помутнения сознания, реакции бегства, истерической слепоты, глухонемоты, частичного паралича, неврастении[2].

Именно в русской армии впервые в истории была создана целостная система оказания психолого-психиатрической помощи участникам боевых действий. Эта система включала пять рубежей[3]. *Первый рубеж* составляли военные врачи-психиатры, должности которых были введены в штаты медицинских частей. Они действовали непосредственно на передовой. Вблизи линии фронта

---

[1] *Габриэль Р.* Героев больше нет.

[2] См.: *Габриэль Р.* Героев больше нет.

[3] См.: *Караяни А. Г.* Военная психология. М. : Юрайт, 2016.

была развернута сеть амбулаторных пунктов, в штат которых входили психиатр или невролог, которые занимались вопросами мозговых травм, помощник врача и группа из трех ассистентов. Эти пункты были специально ориентированы на решение проблемы психических потерь.

Второй рубеж психолого-психиатрической помощи составляли психиатрические отделения, созданные в военных госпиталях.

Третий рубеж психолого-психиатрического вспомоществования представлял центральный военный госпиталь по лечению психических расстройств непосредственно вблизи зоны боевых действий – в городе Харбин (Манчжурия). В этом госпитале осуществлялся приём до 90 человек с жалобами на психические расстройства. Однако в боевой строй возвращалось лишь незначительное количество психотравмированных воинов. Большинство из них проходило лечение на протяжении около двух недель.

Из-за нарастающего количества психотравмированных военнослужащих полевые медицинские пункты не могли справиться с возложенными на них задачами. В связи с этим было принято решение об эвакуации многих из них в тыл и передаче для лечения в подразделения русского Красного Креста. Такие больные эвакуировались в Москву, дорога в которую занимала порядка 40 суток. Поезда были оборудованы изолированными купе, специальными помещениями для буйных больных, а также окнами с решетками. Эвакуация осуществлялась военным врачом и несколькими его помощниками. Ближе к концу войны по одноколейному пути от Москвы до района боевых действий курсировали несколько поездов для психотравмированных воинов. Эти поезда составляли *четвертый рубеж* психолого-психиатрической помощи участникам боевых действий.

Наконец, *пятый рубеж* системы образовывали специализированные психиатрические лечебные учреждения глубокого тыла.

В ходе практического функционирования описанной выше системы был выявлен интересный, с научной точки зрения и грозный с точки зрения боевой эффективности войск и успешности психологической помощи, феномен, обозначенный как *«синдром эвакуации»*. Суть этого синдрома состоит в том, что как

только солдаты начинают осознавать, что психическая травма является достаточным основанием для эвакуации с поля боя, количество психотравмированных резко увеличивается, эффективность их излечения снижается, а срок увеличивается. Причем чем дальше от линии фронта эвакуировались психотравмированные воины, тем меньше шансов у них оставалось на выздоровление. Это явление позже было названо *«вторичной выгодой»,* так как военнослужащие, пострадавшие от психических расстройств, на самом деле получают выгоду, эвакуируясь из зоны боевых действий. И чем дальше они удаляются от линии фронта, тем меньше у них остается желания и шансов избавиться от болезни и вернуться в боевой строй. В результате болезнь все прочнее укореняется в их психике. И чем более тонко диагностировались психические расстройства, и чем большая забота проявлялась о психотравмированных воинах, тем сильнее увеличивался поток страдающих от психических расстройств[1].

Несмотря на создание довольно стройной системы психолого-психиатрической помощи в годы Русско-японской войны ее эффективность была довольно низкой. Так, из 275 офицеров, принятых в госпиталь для душевно больных в Харбине на срок до двух недель, лишь 54 человека вернулись в строй. Остальных пришлось эвакуировать в Москву. Из 1 072 человек рядового состава, находившихся там же на излечении, 983 были эвакуированы[2].

Поиск путей профилактики «синдрома эвакуации» привел к формулировке важнейшего принципа организации психологической помощи в боевой обстановке – *принципа приближения психологической помощи к району боевых действий* или их лечение вблизи переднего края. В ходе апробации этого принципа было установлено, что психические расстройства, вызванные участием в боевых действиях, более успешно излечиваются в зоне боевых действий в непосредственной близости от переднего края.

Большой вклад в теорию и практику оказания психологической помощи пострадавшим военнослужащим внесли известные

---

[1] См.: *Габриэль Р.* Героев больше нет.

[2] См. там же.

российские психологи и врачи-психиатры В. М. Бехтерев, М. И. Аствацатуров, Г. Е. Шумков, С. Д. Владычко и др.

Таким образом, в ходе Русско-японской войны деятельность отечественных военных врачей, часть из которых называли себя военными психологами, состояла в том, что они: во-первых, показали действительные масштабы и серьезность последствий психотравматизации участников боевых действий, описали симптоматику и дали классификацию психических расстройств военного времени; во-вторых, высказали предположение о психогенной природе психотравматизации; в-третьих, предприняли первые попытки осуществить профилактику психических расстройств; в-четвертых, разработали методы и схемы оказания помощи психотравмированным участникам боевых действий; в-пятых, сформулировали некоторые принципы организации психологической помощи воинам в боевой обстановке; в-шестых, они излечили около 2 000 человек от последствий боевого шока[1].

1.2. Развитие теории и практики психологической помощи военнослужащим в годы Первой мировой войны (1914–1918 гг.)

Первая мировая война по масштабам и силе своего психологического давления на участников боевых действий не знала себе равных во всей предшествующей истории человечества. Впервые в истории цивилизации в военном противоборстве нашли широкое применение новые средства вооруженного насилия: авиация, химическое оружие, бронетехника, подводные лодки, автоматическое оружие, огнеметы и др., обладавшие не только огромными для того времени боевыми возможностями, но и гигантским психологическим эффектом. В годы войны родился новый вид противоборства – психологическая война.

Это была первая в истории человечества война, в которой физические потери исчислялись в миллионах человек (около 10 млн военнослужащих погибли, более 20 млн были ранены, 3,5 млн остались

[1] См.: *Караяни А. Г.* Военная психология.

калеками). Поля сражений Первой мировой войны были обильно усыпаны телами погибших, умирающими и искалеченными бойцами. Огромные масштабы, новые разрушительные виды оружия и способы противоборства не могли не отразиться на психологической стороне войны. Военнослужащие противоборствующих армий подвергались нечеловеческим психологическим нагрузкам.

Мощное психологическое давление боя вело к тому, что сотни тысяч человек подвергались психотравматизации и утрачивали боеспособность. Уровень психических расстройств среди участников войны достиг таких размеров, что появился специальный термин «психологические потери»[1]. Эти потери достигли таких масштабов, что превратились в один из важнейших факторов вооруженного противоборства. Следует отметить, что в годы войны неврозы были довольно широко распространены в русской армии. Так, они диагностировались: в 41,5% случаев на воронежском эвакопункте, в 36,2% – на Северном фронте; в петроградских лазаретах у 70% офицеров и 19% солдат также отмечались неврозоподобные состояния[2].

Объемы психогенных потерь росли пропорционально времени продолжительности боевых действий. Так, в августе 1914 г. в германской армии на 360 раненых приходился один человек с психическим расстройством. В ноябре один психотравмированный приходился на 30 раненных, в декабре уже 1 на 20, а в 1915–1916 гг. – 1 на 10, а 1916–1917 гг. – 1 военнослужащий с психическими отклонениями от нормы приходился на 9 раненых. Похожая тенденция отмечалась и в английской армии. Если в 1914 г. здесь один военнослужащий с психическим расстройством приходился на 30 раненых, то в 1915 г., это соотношение было уже 1 к 11[3].

---

[1] См.: *Конюхов Н. И., Феденко Н. Ф.* Психологические потери и пути их снижения. М., 1990. С. 8.

[2] См.: Психология здоровья / под ред. Г. С. Никифорова. СПб. : Питер, 2003. С. 451.

[3] См.: Психозы и психоневрозы в войне : сб. статей. М., 1986. С. 16; *Конюхов Н. И., Феденко Н. Ф.* Психологические потери и пути их снижения. С. 6.

Такую тенденцию на снижение психологических возможностей воинов и повышение уровня психотравматизации в зависимости от времени их пребывания на передовой одним из первых заметил известный английский писатель и участник Первой мировой войны Р. Олдингтон. В своем знаменитом романе «Смерть героя» он вспоминал, что были «не в своем уме почти все, кто провел более полугода на переднем крае[1].

Психотравматизация участников боевых действий отличалась высокой эпидемиологичностью. Абсолютное большинство участников боевых действий впервые в жизни столкнулись с массовыми случаями полуобморочных состояний, мнимых параличей ног, функциональной слепоты и глухоты, судорожной дрожи и других подобных явлений. Р. Габриэль, анализируя психологические проблемы войн XX в., отмечает, что наиболее характерными расстройствами в Первую мировую войну были: подавленность сознания, страх (оправданный и беспричинный), повышенная чувствительность к шуму – испуг, дрожание конечностей, расстройства двигательного аппарата, конверсионные реакции, расстройства мыслей, расстройства психических процессов[2].

Медицинские специалисты противоборствующих армий наблюдали случаи истерических параличей (госпитальная истерия Binswanger), истерической глухоты и глухонемоты, сумеречных состояний (Kleist, Wetzel и Steinau-Steinruck), псевдодеменций, ступора, истерической рвоты (Roussy и Lhermitte). Большое количество солдат, месяцами лечившихся в лазаретах по поводу суставного ревматизма, аппендицита, невритов, особенно ишиаса, в действительности страдали истерическими артральгией, псевдоаппендицитом, псевдоишиасом. Отмечались случаи истерического метеоризма, выводившего солдат из строя на длительное время, так как часто вызывали подозрения в тяжелых органических заболеваниях органов брюшной полости. Наряду с одиночными психическими расстройствами наблюдались психические эпидемии

---

[1] Цит. по : *Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Резник А.М.* Боевая психическая травма. М. : Медицина, 2005. С. 82.

[2] См.: *Габриэль Р.* Героев больше нет.

типа «газовой истерии» (после применения немцами отравляющих газов тысячи американских, английских и французских солдат имитировали симптомы, характерные для отравленных), «командной истерии» (передающиеся от одного больного к другому паттерны командного поведения – выкрики команд и жестикуляция). Казалось невероятным, но сохранявшиеся месяцами тяжелейшие симптомы мгновенно исчезали после прекращения участия в боевых действиях. После окончания войны отмечалась своеобразная «эпидемия» выздоровления больных с затяжными истерическими симптомами (параличами, глухонемотой и т. п.)[1].

В ходе Первой мировой войны был отмечен такой симптом психической травмы и посттравматического стрессового расстройства, как «вина выжившего». Его открытие принадлежит писателю Р. Олдингтону. Описывая чувства бойцов, вызванных гибелью боевого товарища, он отмечал: «Мы должны как-то искупить нашу вину перед мертвыми – перед убитыми, перед умерщвленными солдатами. Не они требуют этого, но что-то в нас самих. Большинство из нас этого не сознает, но совесть мучит нас, угрызения совести отравляют. Этот яд разъедает душу – в нас не осталось ни сердца, ни надежды, ни жизни»[2].

Русскими военными врачами была предпринята попытка раскрыть механизмы патогенеза боевой психической травмы. Так, В. М. Бехтерев (1914, 1915) отмечал, что опасная для жизни обстановка является решающим фактором в происхождении психических расстройств военного времени. Н. А. Вырубов (1915) рассматривал боевую психическую травму как «контузионный психоз» и «психоневроз». По его мнению, в основе психогенных нарушений у военнослужащих лежат «органические» нарушения «молекулярного» характера. Одновременно с этой точкой зрения была высказана и другая. С. Н. Давиденко (1915) настаивал на функциональной, эмоциогенной природе «боевых психозов». Позднее

---

[1] См.: *Свядощ А. М.* Неврозы и их лечение. М. : Медицина, 1971.

[2] Цит. по : *Литвинцев С. В., Снедков Е. В., Резник А. М.* Боевая психическая травма.

стало ясно, что вторая точка зрения в большей степени соответствует истине[1].

Российские психиатры Н. А. Вырубов (1915), А. В. Гервер (1915), С. А. Сухарев (1915) наблюдали в ходе войны так называемые «окопные» психозы. С. А. Сухарев описал «бред вражеского пленения», указывая на важную роль психогенного фактора.

Отечественные ученые уже в ходе Первой мировой войны рассматривали психогенные расстройства как заболевания мозга, в той же мере, как и так называемые экзогенные и эндогенные расстройства. Отличие состоит лишь в патогенной роли переживаний, вытекающей из индивидуальных жизненно значимых отношений человека. Психогенный фактор действует одновременно и на психику, и на соматику, включая мозг; напряжение разряжается в реакциях исключительной длительности и потрясающей силы, часто оставляя после себя то, что называется органическими изменениями в смысле сосудистых явлений, расстройств функции желез, падения общего тонуса жизни (В. К. Хорошко, 1916; В. Н. Мясищев, 1947)[2]. При вскрытии трупов воинов, умерших от «острой психогенной спутанности», А. В. Гервер обнаружил изменения в клетках коры, аналогичные таковым при отравлении сильным ядом. Н. М. Добротворский, пытаясь упорядочить терминологию, используемую для обозначения психологических последствий войны, предложил объединить в исследовательских целях различные по форме психические расстройства боевой обстановки в единую группу[3].

Отечественные психиатры и психологи были в числе первых, кто описал отсроченные последствия влияния боевой обстановки на участников боевых действий. Так, В. М. Бехтерев еще в 2014–2015 гг. в своей работе «Война и психозы» отмечал, что переживания событий войны сохраняется у участников боевых действий в течение длительного времени. Среди таких последствий он

---

[1] См.: Психология здоровья. С. 541–543.

[2] См.: *Литвинцев С. В., Снедков Е. В., Резник А. М.* Боевая психическая травма. С. 59.

[3] См. там же. С. 60, 87, 99.

описывал гиперакузис, непереносимость вида крови, приступы страха, ассоциирующиеся с боевой обстановкой, галлюцинации, аналогичные по описанию современному «флэшбэк». При этом он не связывал эти симптомы с слабохарактерностью и отмечал, что они исчезают в случае нового столкновения с реальной боевой ситуацией[1].

Совокупность перечисленных выше симптомов в ходе войны называли по-разному – «снарядным шоком», «военным неврозом», а позже – «психоневрозом».

Эффективность психологической помощи психотравмированным участникам боевых действий была невысокой в связи с тем, что к началу войны военная психиатрия была еще слишком «молода», в действующих армиях ощущалась острая нехватка психиатров и практически отсутствовали психологи.

Специалисты психиатрического профиля воюющих армий либо не знали, либо забыли об опыте русской военной психиатрии, накопленном в годы Русско-японской войны. Среди них преобладало мнение, что нервные расстройства являлись последствиями взрывов артиллерийских снарядов, которые вызывали нарушения в деятельности мозга. Явления, вызываемые такими эмоциональными причинами, как чувство страха, трудно поддавались объяснению и никогда предметно не рассматривались.

В годы войны не было и специальных программ психологической реабилитации. Поэтому пострадавших с диагнозом «военный невроз» стали эвакуировать с поля боя и направлять в госпитали. Англичане эвакуировали лиц с симптомами военного невроза на побережье Ла-Манша для осуществления их психологической реабилитации в военном госпитале санаторного типа. Французы оказывали психологическую помощь пострадавшим вблизи от линии фронта, сохраняя режим воинской деятельности и проводя с ними повседневные занятия по боевой подготовке. Эффективность такой реабилитационной схемы была крайне низка. Лишь незначительная часть пострадавших восстанавливали здоровье, но

---

[1] См.: *Литвинцев С. В., Снедков Е. В., Резник А. М.* Боевая психическая травма. С. 246.

даже выздоровевшие уже больше не возвращались в боевой строй. Анализ показал, что эвакуируемые в тыл психотравмированные английские солдаты, после курса реабилитации стали чувствовать себя еще хуже[1]. После 1917 г. из-за антивоенных выступлений населения, провоцируемых в том числе и созерцанием большого числа пострадавших, англичане и французы перешли к оказанию психологической помощи воинам с психическими расстройствами в непосредственной близости от линии фронта[2], что позволило возвращать некоторую часть восстановившихся солдат в действующую армию.

В первом периоде войны во всех воевавших странах для лечения больных с истерическими симптомами применялись преимущественно «мягкие», «щадящие» физиотерапевтические процедуры, сочетаемые с убеждением больного в том, что ему «лучше», что болезнь его «проходит». Предоставление больным отдыха и покоя, отправка их на курорты и в санатории, лечение бромидами, вливаниями глюкозы и витаминами, ваннами, «мягкими» физиотерапевтическими процедурами широко применялось в начале Первой мировой войны[3]. Низкая эффективность такого подхода привела к применению принудительных методов психолого-психиатрической помощи: метод «интенсивного перевоспитания», сочетающий удары электрическим током и «насильственные упражнения» (Vincent; Kehrer); метод «внезапного нападения врасплох», включающий удары током и властные команды (Kaufmann). Все эти методы были нацелены на то, чтобы заставить больных «отказаться от болезни» и вызывали сопротивление пациентов. Постепенно во французской, а затем в английской и американской армиях (Grasset, Roussy, Lhermitte, Salmon) стала применяться целостная система репрессивных мер, включающая 4 последовательных этапа. *Этап психотерапии* включал упреки в нежелании выздороветь

---

[1] См.: *Конюхов Н. И., Феденко Н. Ф.* Психологические потери и пути их снижения. С. 9.

[2] См.: *Габриэль Р.* Героев больше нет; *Конюхов Н. .И., Феденко Н. Ф.* Психологические потери и пути их снижения.

[3] См.: *Свядощ А. М.* Неврозы и их лечение.

в сочетании с убеждением и внушением. *Этап репрессий* состоял в угрозах ареста и передачи в военный трибунал и жестком психологическом давлении на больных, чтобы заставить их «бежать из болезни», «бежать из госпиталя на фронт». Для этого психиатры применяли различные методы (Kretschmer – изоляцию больных в темное помещение с запрещением общения и чтения; Rieder и Wollenberg – заключение в деревянные изолированные ящики с запрещением с контактов; Jendrassik и Binswander – голодную молочную диету; Stier – помещение больных без психических расстройств в беспокойное психиатрическое отделение; Alt и Weichbrodt – длительная изоляция в ванной; Roussy и Lhermitte – болезненные подкожные введения эфира и т. п.). *Этап фарадизации* предполагал нанесение возрастающих по силе ударов током. *Этап перевоспитания* предполагал выполнение больным мучительной системы военных упражнений. Если на одном из этапов наступало излечение, последующие мероприятия не проводились[1].

Эвакуация психотравмированных военнослужащих с поля боя в тыл породила весьма грозную проблему. В медицинских подразделениях воюющих армий появились тысячи симулянтов, изображавших симптомы «военного психоневроза» для того, чтобы избежать дальнейшего участия в боевых действиях.

Г. Хаханьян, анализируя подобные, характерные и для Первой мировой войны психологические явления, обозначает их общим термином «притворства». Это понятие, по его мнению, охватывает: 1) *искусственные болезни* (членовредительство, самоотравление, самозаражение, самообморожение), 2) *симуляцию* (демонстрация симптомов соматических и психических болезней), *аггравацию* (преувеличение симптомов), диссимуляцию (скрывание болезни)[2].

Не удивительным было то, что набор фальсифицируемых симптомов часто зависел от того, какое именно поведение врач данной части считал «боевым неврозом». Это остро поставило перед командирами, военными врачами и психологами задачу наряду с оказанием психологической помощи пострадавшим разра-

---

[1] См.: *Свядощ А. М.* Неврозы и их лечение.

[2] См.: *Хаханьян Г.* Основы военной психологии. М. : Госиздат, 1929.

батывать диагностические критерии, позволяющие выявить многочисленных симулянтов[1].

Активно и целенаправленно решались вопросы психологической помощи военнослужащим, пострадавшим от «снарядного шока» в Великобритании. В 1915 г. командиры и психиатры британских войск во Франции обучались тому, что: «Все случаи контузии и снарядного шока, вызванные действиями противника, в докладах о несчастном случае должны фиксироваться буквой «W» («*wounded*» *– раненый*); в этом случае пациент имеет право относиться к категории «раненый» и носить на рукаве специальную нашивку – «wound strip». Если однако расстройство человека не вызывалось взрывом снаряда, не было причинено врагом, оно должно было маркироваться «контузия» или буквой «S» (*sickness – болезнь).* В этом случае пострадавший не имел право на нашивку и пенсию». В июне 1917 г. все британские военнослужащие со случаями «снарядного шока» эвакуировались в ближайший неврологический центр и были маркированы как NYDN (Not Yet Diagnosed Nervous – пока еще не диагностированное возбуждение). Однако пострадавший мог получить необходимую помощь специалиста лишь после того, как командиром заполнялся специальный документ (бланк формы AF 3436), что существенно задерживало процесс оказания помощи, но способствовало пониманию того, что «возбуждение» из-за физических причин (случаи снарядного шока «W») составляли лишь 4–10%, а остальные случаи были вызваны эмоциональными причинами. Это открытие привело к тому, что понятие «снарядный шок» как действительная болезнь было отменено в сентябре 1918[2].

В ходе войны британскими специалистами были разработаны принципы оказания психологической помощи лицам со случаями «пока не диагностированного возбуждения» (NYDN), которые

---

[1] См.: *Конюхов Н. И., Феденко Н. Ф.* Психологические потери и пути их снижения.

[2] URL : http://en.wikipedia.org/wiki/Combat_stress_reaction / пер. с англ. А. Г. Караяни (дата обращения: 20.10.2015).

были обозначены мнемической аббревиатурой «PIE» (*pie – пирог*, P – Proximity, I – Immediacy, E – Expectancy).

Эти принципы означали:

Близость – помогать жертвам вблизи линии фронта и в пределах звуков боя.

Незамедлительность – помогать им немедленно.

Предвкушение – гарантировать, что всех пострадавших ожидает обязательное возвращение в боевые порядки после отдыха и восполнения сил.

Бюрократические задержки, вызванные необходимостью заполнения формы AF 3436, как ни странно, привели к положительным результатам. Военные врачи стали оставлять пострадавших в воинских частях. Это сделало возможным практически реализовать принцип приближенности. Пострадавшие с маркировкой «W» эвакуировались в медицинские учреждения, находящиеся в глубине от линии фронта, а лицам с эмоциональными расстройствами (отмеченным литерой «S») предоставлялся отдых (день-два) в пунктах помощи частей. Им разъяснялось, что с ними не произошло ничего страшного, безысходного. Затем они возвращались в боевые порядки войск и действовали под наблюдением командиров и врачей[1].

Целенаправленно вопросы реабилитации психотравмированных военнослужащих решались в армии США. Еще до вступления этой страны в войну министерство обороны оценило феномен психотравматизации воинов как одно из важнейших явлений, влияющих на исход военной кампании. При его участии Национальный комитет по психогигиене организовал взаимодействие с медицинской службой армии в интересах оказания помощи воинам, получившим психические расстройства. Один из специалистов в этой области доктор Томас Салмон был направлен в Англию для изучения опыта психологической реабилитации военнослужащих. Салмона часто называют создателем принципов ПИРОГА. Это не совсем верно. Салмон творчески интегрировал британскую

---

[1] URL : http://en.wikipedia.org/wiki/Combat_stress_reaction / пер. с англ. А. Г. Караяни (дата обращения: 20.10. 2015).

систему принципов. В значительной степени именно благодаря этому ему удалось к концу войны выстроить целостную систему элементов и процедур, которая в то время была признана наиболее эффективной системой психологической помощи участникам боевых действий.

С учетом английского, российского и германского опыта американское военное руководство организовало подготовку врачей и вспомогательного медицинского персонала для работы с военнослужащими, подвергшимися психотравматизации. В 1918 г. в вооруженных силах США действовали 693 психиатра, 263 из которых находились в боевых порядках войск. Это позволило создать довольно стройную и эффективную систему психиатрической и психологической помощи, включавшую психиатров дивизий, небольшие психиатрические госпитали емкостью на 30 пострадавших каждый, располагаемые вблизи линии и крупные госпитали, дислоцируемые в тылу района боевых действий. Солдаты и офицеры с психическими нарушениями подвергались обследованию уже на эвакопунктах, расположенных в непосредственной близости от линии фронта. Здесь определялось, кто направляется для лечения в передовые, а кто в тыловые госпитали[1].

Теория и практика психологической помощи развивалась прямо «с колес», в процессе решения практических реабилитационных задач. Постепенно вызревающее понимание того, что психотравмы на войне имеют не соматическую, а эмоциональную природу, переориентировало американских психиатров с применения таких методов реабилитации, как электрошок и гипноз, на краткосрочный отдых, хорошее питание и т. п. Практическая реализация данной реабилитационной схемы позволила в годы Первой мировой войны вернуть в боевой строй около 40% психотравмированных воинов[2].

В русской армии оказание психолого-психиатрической помощи строилось на базе германской психиатрической школы. Несмотря на то, что психиатры использовали такие методы, как электростимуля-

---

[1] См.: *Габриэль Р.* Героев больше нет.

[2] См. там же.

ция парализованных конечностей, водную терапию, отдых, народную медицину, биологические стимуляторы, система психологической помощи оставалась недостаточно разработанной[1]. Военные врачи передовых районов не имели опыта, времени, средств для постановки психиатрических диагнозов. Парадоксально, но в русской армии, где в годы Русско-японской войны Г. Е. Шумковым[2] были разработаны основополагающие принципы, методы и схемы психологической помощи военнослужащим и, по существу, создана военная психиатрия[3], организация психологической помощи была налажена достаточно слабо. Осмысливая это обстоятельство, некоторые специалисты отмечают, что «поскольку многие военные психиатры и невропатологи были выходцами из дворян, то часть из них погибла от революционного террора и в Гражданскую войну, часть от голода, а часть эмигрировала за границу»[4].

Таким образом, завершая анализ развития системы психологической помощи в годы Первой мировой войны можно сделать следующие выводы.

В ходе войны у военных психологов и психиатров разных стран сложилось более или менее четкое представление о психологических последствиях боевых действий, наметились методы работы с военнослужащими, страдающими психическими расстройствами.

Военными психологами и психиатрами была разработана система оказания психологической помощи военнослужащим в боевой обстановке, включающая: понимание сущности психических расстройств, их классификацию, этапы, методы, средства и принципы оказания психологической помощи психотравмированным военнослужащим.

---

[1] См.: *Литвинцев С. В., Снедков Е. В., Резник А. М.* Боевая психическая травма. С. 312.

[2] *Шумков Г. Е.* Психика бойцов во время сражений // О-во ревнителей военных знаний. 1908. № 3; Он же. Психика бойцов во время сражений. СПб., 1905.

[3] См.: *Габриэль Р.* Героев больше нет.

[4] См.: *Литвинцев С. В., Снедков Е. В., Резник А. М.* Боевая психическая травма. С. 300.

Определенным достижением была разработка принципов «ПИРОГА». Специалистами были вынесены уроки, касающиеся неотложности оказания психологической помощи пострадавшим, приближенности органов психологической помощи к линии фронта, специфического отношения к психотравмированным военнослужащим, сочетания психологических, психофизиологических и психиатрических методов вспомоществования.

Один британский автор по этому поводу писал: «Не должно быть никакого оправдания для формирования убеждения в том, что функциональное нервное расстройство предоставляет право на компенсацию. Об этом трудно говорить. Это может казаться жестоким, что тех, чьи страдания реальны, чья болезнь была вызваны действиями противника и очень вероятно в ходе выполнения патриотического долга, нужно рассматривать с такой очевидной грубостью. Но не может быть сомнения в том, что в значительном числе случаев, эти пациенты поддаются «шоку», потому что они получают кое-что из этого. Дать им это вознаграждение – не окончательная льгота для них, потому что оно поощряет демонстрацию более слабых тенденций в их характере. Нация не может обратиться к ее гражданам за храбростью и жертвами и, в то же самое время, косвенно заявить, что будут вознаграждены и те, кто проявил бессознательную трусость или неосознаваемое бесчестие»[1].

Опыт психолого-психиатрической помощи в боевой обстановке наиболее полно был обобщен в разработанном британским правительством «Докладе Военного министерства по «снарядному шоку», которое было опубликовано в 1922 г. В нем содержались следующие рекомендации по организации психологической помощи участникам боевых действий:

В передовых районах

Ни одному солдату нельзя позволять думать, что утрата нервного или умственного контроля обеспечивает почетный путь покидания поля боя. Любая малейшая попытка оставления позиции

---

[1] URL : http://en.wikipedia.org/wiki/Combat_stress_reaction (дата обращения: 20.10.2015).

батальона (дивизиона) должна предотвращаться, помощь должна быть ограничена предоставлением отдыха и комфорта для тех, кто нуждается в этом, и побуждением их к возвращению на линию фронта.

В неврологических центрах

Если случаи травматизации достаточно серьезны и требуют более квалифицированной и трудоемкой помощи, пострадавших нужно направлять в специальные неврологические центры, расположенные как можно ближе к линии фронта, и предоставлять их на попечение эксперта по нервным расстройствам. Однако эвакуация не должна маркировать пострадавших и фиксировать в их сознании мысли о нервном расстройстве.

В базовых госпиталях

Когда необходима эвакуация в базовые госпитали, пострадавшие должны лечиться в отдельном госпитале или отдельных секциях госпиталя, а не вместе с обычными больными и раненными пациентами. Только при исключительных обстоятельствах пострадавшие должны посылаться в Великобританию, например, те военнослужащие, которые, вероятно, будут непригодными к дальнейшей службе в любых видах войск в боевой обстановке. Эта политика должна быть широко известна во всех вооруженных силах.

Формы лечения

Создание атмосферы лечения – основа успешного лечения, однако индивидуальность врача имеет величайшую важность. Признавая, что каждый индивидуальный случай излечения военного невроза нужно рассматривать как их заслугу, полагаем, что хорошие результаты будут получены в большинстве простейшими формами психотерапии, такими как объяснение, убеждение и предложение, которым помогают такие физические методы, как ванны, электричество и массаж. Отдых ума и тела является существенным во всех случаях.

Введение в гипнотические состояния и глубокий гипнотический сон в большинстве случаев в боевой обстановке являются

ненужными и могут на какое-то время даже ухудшить симптомы. Не рекомендуется также использовать психоанализ во фрейдистском смысле.

В процессе выздоровления очень важны перевоспитание и подходящие интересные занятия. Если пациент непригоден к дальнейшей военной службе, полагается, что должны быть предприняты все попытки для получения пострадавшими подходящего занятия (профессии) по их возвращению к активной жизни.

Возвращение на линию фронта

Солдаты не должны возвращаться на линию фронта при следующих условиях:

1) если признаки невроза имеют такой характер, что солдата нельзя рассматривать для продолжения службы за границей в целях последующей полезной занятости;

2) если расстройство настолько серьезно, что требует длительного периода отдыха и лечения;

3) если расстройство – это тревожное расстройство серьезного типа;

4) если расстройство – умственное расстройство или психоз, требующий лечения в психиатрической больнице.

Однако полагается, что многие из пострадавших после восстановления могут полезно использоваться в исполнении некоторых видов вспомогательных военных обязанностей.

Важнейшим уроком, который был усвоен военными специалистами большинства стран, принимавших участие в Первой мировой войне, состоял в том, что психологическая помощь не должна вызывать у участников боевых действий соблазна воспользоваться ею без имеющихся на то оснований[1].

Содержание приведенного документа свидетельствует о том, что разработанная в ходе Первой мировой войны система психологической помощи составляет основу сегодняшней схемы психологического вспомоществования участникам боевых действий.

---

[1] URL : http://en.wikipedia.org/wiki/Combat_stress_reaction (дата обращения: 20.10.2015).

Вместе с тем в ходе многоплановой психологической работы с военнослужащими психологами были сделаны ошибки, на осмысление которых в будущем потребовалось немало времени: авторитет боевого опыта довлел над умами военных психологов. Так, американцы из своих открытий о сущности боевых психических расстройств сделали не совсем верные практические выводы. Все усилия они направили на организацию психологического отбора новобранцев в целях недопущения в армию лиц, склонных к получению психотравмы. Опыт же оказания психологической помощи был на некоторое время забыт и потребовалось много усилий и времени для его восстановления в годы Второй мировой войны[1].

К сожалению, с окончанием войны накопленный военной психологией опыт оказался забытым практически во всех ведущих армиях мира. Это было связано с тем, что сознание людей, завершивших это чудовищное взаимное уничтожение, отказывалось верить в то, что повторение подобного события возможно еще когда-либо в грядущей судьбе человечества. Военная психология и военные психологи в большинстве стран – активных участников войны, практически исчезли. В результате с началом Второй мировой войны потребовались титанические усилия для того, чтобы по крупицам собрать, обобщить, осмыслить и задействовать опыт использования психологии в интересах достижения победы в войне.

1.3. Становление современной системы психологической помощи в годы Второй мировой войны (1939–1945 гг.)

Вторая мировая война стала самым суровым испытанием физических и психических возможностей человека за все время существования цивилизации. Беспрецедентная масштабность, динамичность и кровопролитность военных событий превратили войну в чудовищный механизм по перемалыванию человеческих

[1] URL : http://en.wikipedia.org/wiki/Combat_stress_reaction (дата обращения: 20.10.2015).

тел и душ. За шесть лет войны в 61 стране, вовлеченной в противоборство, были призваны «под ружьё» для уничтожения себе подобных 110 млн человек. В ожесточенных сражениях изрыгали смерть и боль около 620 тыс. самолетов, 266 тыс. танков, более 1 441 тыс. пушек и минометов, миллионы огнеметов, пулеметов, автоматов, винтовок. Результатом этого всемирного побоища стали 32 млн убитых и 35 млн раненых и искалеченных.

Человеческий разум не мог беспристрастно созерцать наполненные смертью, страхом и страданием батальные сцены. Человеческое существо оказалось не вполне готовым к такой суровой и бескомпромиссной драматургии жизни. «Психологическое оружие войны» (в виде страха, ощущения собственного бессилия, нечеловеческой усталости, голода, жажды и т. п.) оказалось гораздо страшнее вражеских самолетов, танков и пушек. В результате ежедневно на полях сражений многие тысячи участников войны получали тяжелые «психические раны» и утрачивали способность продолжать участие в боевых действиях.

Немецкий психолог Э. Динтер установил, что солдаты вермахта могли оставаться в боевом соприкосновении с противником не более 30–35 суток, после чего наступал обвальный спад морально-психологических и боевых возможностей военнослужащих. Это происходит вследствие нарастания страха и утомления. Для воинских соединений своеобразной «границей», после которой они, в том числе и с психологической точки зрения, оказываются предельно уязвимыми для противника, считался уровень потерь примерно 13–15% личного состава.

Американские военные психологи Дж. Аппель и Г. Бибе обнаружил, что средний американский пехотинец в Италии психологически «изнашивался» за 200–240 дней. Колоссальное психологическое давление войны вело к слому человеческой способности сопротивляться неблагоприятным внешним воздействиям за пределами этого временного периода[1].

---

[1] *Horn B.* The worm revisited: An examination of fear and courage in combat // URL: http://www.journal.dnd.ca/vo5/no2/doc/leadership-direction-eng.pdf (дата обращения: 20.10.2015).

Объем психической травматизации участников боевых действий в одной из наименее пострадавших от боевых потерь армий, в армии США, составил около 36% всех кровавых последствий боев. Это было более чем в 4 раза выше, чем в годы Первой мировой войны. Р. Габриэль показывает, что за годы войны более 1 393 000 американских солдат на тот или иной срок утрачивали боеспособность в связи с психическими расстройствами. Только в наземных силах сухопутных войск 504 тыс. человек были выведены из строя по причине психотравматизации. Такого количества военнослужащих вполне достаточно для укомплектования 50 пехотных дивизий. Из этого числа 330 тыс. человек были демобилизованы с диагнозом психическое расстройство только из боевых частей наземных сил, находившихся в Европе. 596 тыс. были временно выведены из строя по причине психических расстройств на срок от нескольких недель – до нескольких месяцев и еще 464 500 человек получили медицинскую помощь непосредственно на поле боя, не покидая своих подразделений. В 1943 г. при ведении наступательных боевых действий в Тунисе и на Сицилии в некоторых дивизиях до 100% военнослужащих не выдерживали психологических нагрузок и выходили из строя целыми батальонами. Была необходимость эвакуации пострадавших в корпусные или даже армейские тылы на глубину более 100 км. В результате лишь немногим более 3% их числа эвакуированных вернулись назад в части. В докладе, опубликованном в 1944 г. говорилось о том, что во время кампании в Северной Африке практически все военнослужащие батальонов имели психические травмы. Стало очевидным, что психические расстройства не являются уделом «слабохарактерных» или физиологически склонных к болезни или психически неустойчивых людей, что им могут подвергаться самые опытные и смелые воины, успешно прошедшие самые изощренные схемы отбора[1].

Распространенность психических травм среди бойцов Красной армии была также весьма значительной. К сожалению, как отмеча-

[1] См.: *Габриэль Р.* Героев больше нет, Умственные расстройства и проблемы военной психиатрии в условиях войны.

ют специалисты, у нас отсутствуют полноценные данные об их общей распространенности среди личного состава. Имеющиеся в литературе сведения крайне разрозненны и затрагивают чаще всего лишь отдельные воинские формирования, короткие временные периоды, ограничиваются только анализом трудопотерь и сроков пребывания военнослужащих на больничной койке. В структуре санитарных потерь психиатрического профиля преобладали травматические психозы и другие психические нарушения, связанные с травмой мозга, реактивные «психогенные» психозы и «психоневрозы», а также психические расстройства, обусловленные раневым процессом и соматическими заболеваниями. Сопоставление частоты случаев по отдельным формам «нервных болезней» в отношении ко всему количеству «нервнобольных» в армии (без травматических поражений нервной системы) показывает, что «неврозы» по отношению ко всей «неврологической заболеваемости» составляли весьма значительную группу (26,6%), следующую по численности за заболеваниями периферической нервной системы[1].

Все это крайне неблагоприятно сказывалось на морально-психологическом состоянии и боеспособности войск. Интересы достижения победы над противником жестко потребовали дать ответ на вопрос – что эффективнее – возвращать лиц, получивших боевую физическую или психическую травму, в строй или призывать новые контингенты. Первый путь выглядел не только экономически более выгодным, но и более гуманным. Понимание этого обстоятельства побудило командования воюющих армий принять необходимые меры по психологической помощи и реабилитации участников боевых действий, созданию национальных систем возвращения психотравмированных военнослужащих в боевые порядки.

Создание таких систем предполагало решение ряда научных, организационных и практических задач: 1) научно осмыслить и

---

[1] См.: Организация психиатрической помощи и структура психических расстройств военнослужащих красной армии в годы великой отечественной войны / В. К. Шамрей, Г. П. Костюк, А. Г. Чудиновских, А. Г. Синенченко // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Вып. 4. Т. 20. С. 146–153.

классифицировать психологические последствия воздействия травматогенных факторов боевой обстановки на участников боевых действий; 2) выстроить эффективные схемы психологической профилактики психических расстройств и организации психологической помощи; 3) разработать и апробировать методы психологической помощи и реабилитации; 4) выработать базовые принципы психологической помощи; 5) мобилизовать силы (психологов, психиатров, врачей, командиров) в интересах психологического вспомоществования военнослужащим.

В армиях разных стран созданные системы психологической помощи имели существенное своеобразие, однако в каждой из них содержится опыт, который и сегодня не утратил своей ценности.

Осмысление психологической сущности и последствий психотравматизации

В годы Второй мировой войны имели место различные трактовки причин и психологических последствий боевой психической травматизации, которые оказали решающее влияние на выбор организационных схем, принципов и методов психологической помощи пострадавшим.

Американские военные психологи рассматривали в качестве главного фактора психотравматизации участников боевых действий страх. Специалисты, изучавшие влияние боя на психику и поведение военнослужащих, выяснили, что от 80 до 90% военнослужащих в боевой остановке испытывают страх в явно выраженной форме. У 25% бойцов в обстановке боя страх провоцирует тошноту, рвоту, у 10–20% – недержание мочи и кала[1].

В 1944 г. психологическая служба ВВС США с помощью специально разработанного опросника изучала симптомы страха, частоту возникновения, силу проявления, факторы его вызывающие. Описание результатов исследований дано Мокором. Он отмечает, что из 4 500 опрошенных летчиков, штурманов, стрелков-радистов, участвовавших в боевых действиях в Англии, на Средиземном мо-

---

[1] См.: *Боринг Э.* Психология для Вооруженных сил. Вашингтон : Гарвардский университет, 1943.

ре, на Тихом океане, 99% заявили, что во время боевых действий испытывали страх. Более 33% офицеров и 42% солдат из числа опрошенных переживали страх во время каждого вылета, а порядка 62% офицеров и 71% солдат – в половине вылетов[1].

В течение нескольких лет группой американских специалистов под руководством С. Л. А. Маршалла на предмет изучения страха обследовались тысячи американских солдат и офицеров из четырехсот пехотных рот. Методами опроса, перекрестной проверки, очной ставки, свидетельских показаний выявлялась степень участия военнослужащих в бою. Результаты этого беспрецедентного исследования показали, что «из бойцов, которые в каждый момент боевых действий могут и должны пускать в ход вверенное им оружие, всего 15% ведут огонь по неприятельским позициям. Если к этой ничтожной части непосредственно действующих бойцов присоединить тех, кто проявляет какую-либо личную инициативу... то процент реальных участников боя может быть доведен до 25%»[2].

Подавляющее большинство американских психологов сошлись во мнении, что страх в бою – обычное, естественное явление, нормальная человеческая реакции. В 1943 г. известный психолог Д. Доллард подготовил и опубликовал работу «Страх в бою». В ней показана природа, причины, виды страха, определены основные пути его профилактики и купирования. Страх представляет собой проявление инстинкта самосохранения и позволяет выживать на поле боя. Однако, выполнив свою сигнальную функцию, он становится вредным. Анализируя страх, он исходил из того, что человеческая психика хрупка, способна выдерживать действие психотравмирующих факторов лишь в определенном интервале их значений. Неконтролируемый страх является разрушительным и ведет к возникновению психотравмы (военного невроза, боевого истощения).

---

[1] См.: *Мокор П. Х.* Военная психология и реальность боя // Современная буржуазная военная психология. М. : Воениздат, 1965. С. 47–63, 58–59.

[2] *Маршалл С. Л. А.* Американцы в бою // Офицер вооруженных сил : пер. с англ. Вашингтон, 1991. С. 50.

В канадской армии для обозначения боевой психической травмы использовался термин «боевое истощение», которое классифицировалось как отдельный тип боевой раны. Историк Тэрри Сорр писал о том, что в Нормандии «пехотные части, участвующие в сражении, испытывали быстрый рост числа случаев боевого истощения. Несколько сотен военнослужащих были эвакуированы с поля боя из-за боевого стресса. Полковые медицинские работники поняли, что ни сложные методы отбора, никакие тщательно разработанные методы селекции, ни экстенсивное обучение не могли препятствовать психологическому слому значительного числа бойцов»[1].

В Англии, так как большинство военных врачей Первой мировой войны были слишком стары для работы, в армию были наняты молодые психиатры, имеющие психоаналитическую подготовку. По оценкам специалистов, на протяжении большого периода войны у армейских докторов не было никакой концепции психических расстройств военного времени и методов психологической помощи[2].

Уже в ходе войны в ряде армий (США, Англия, Канада) термин «психоневроз» был заменен на термин «психическое истощение». Это, как считалось, в некоторой степени предупреждало развитие таких явлений, как «психиатризация сознания» и «психостигматизация пострадавшего», а также снижало чувство стыда у военнослужащих при постановке им такого диагноза.

В Красной армии в ходе войны впервые отчетливо осознали то, что «бесстрашие как таковое вообще в природе не существует. Бесстрашных людей нет на свете»[3]. Один из организаторов героической обороны Москвы Б. Момышулы подчеркивал: «За сто с лишним боев, я еще ни одного бесстрашного человека не встречал. Никто, сознавая опасность смерти, не идет в бой без страха, а если иногда и идет, значит, не сознает опасности, но

[1] URL : http://en.wikipedia.org/wiki/Combat_stress_reaction (дата обращения: 20.10.2015).

[2] См. там же.

[3] *Момышулы Б.* Психология войны. Алматы : Казахстан, 1996.

это не есть бесстрашие. Страх испытывает каждый и множество раз в жизни»[1].

Вместе с тем, по представлениям политического руководства страны и Вооруженных сил того времени, «психических заболеваний в армейском коллективе в эпоху великих преобразований быть не должно», соответственно и не виделось перспектив «в лечении психически больных и сохранении их для военной службы». Поэтому наличие психических нарушений среди военнослужащих всячески нивелировалось, часто они рассматривались как симулятивное поведение, подлежащее в некоторых случаях дисциплинарной и даже уголовной ответственности «невротиков-военнослужащих». Научные исследования в области военной психиатрии также считались не актуальными и были, практически, свернуты[2]. Аналогичное положение сложилось и в военной психологии, которая была практически уничтожена известным партийным постановлением 1936 г.

Отсутствие единой теоретико-методологической основы привело к тому, что военные психиатры использовали для оценки психического статуса психотравмированных военнослужащих большое количество различных диагностических форм[3]. Значительную категорию пострадавших психиатрического профиля составляли так называемые «контуженные», в которую включались самые разнородные контингенты больных: «перенесших коммоцию, контузию, эмоциогенный шок, реакцию страха, реактивное

---

[1] *Момышулы Б.* Психология войны.

[2] См.: Организация психиатрической помощи и структура психических расстройств военнослужащих красной армии в годы великой отечественной войны / В. К. Шамрей, Г. П. Костюк, А. Г. Чудиновских, А. Г. Синенченко // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Вып. 4. Т. 20. С. 146–153.

[3] Среди использовавшихся диагнозов специалисты обнаружили такие, как «экзогенная реакция», «реактивное состояние», «реактивный психоз», «реактоз», «реактивная неврастения», «неврастеническая реакция», «истероневрастения», «истеро-травма», «реактивный невроз», «функциональный невроз», «персононевроз», «амбитимоидный невроз», «истеро-амбитимоидный невроз», «истеропатия», «травматическая неврастения», «травматическая психастения», «невротические психогенные реактивные состояния».

состояние; декомпенсированные психопаты, невротики и т. д.». По оценке специалистов, термин «контузия» являлся на тот период широким, обобщающим и, скорее не столько клиническим, сколько организационным понятием, применявшимся только в Красной армии. Широкое многообразие клинических проявлений у «контуженных» порождало существенные диагностические трудности у войсковых врачей и справедливые сомнения в целесообразности использования данного термина. Однако следует согласиться с тем, что «маскируя различные по своей природе психические расстройства единым лечебно-организационным понятием («контузия»), отечественные военные психиатры проявляли высочайший гуманизм (спасая значительное число лиц с «боевым стрессом» от возможных репрессивных мер) и обеспечивали при этом функционирование этапной системы оказания психиатрической помощи нуждавшимся[1].

Жесткой позиции в понимании психологических последствий воздействия боевых стресс-факторов на участников боевых действий придерживались немецкие и финские психиатры и психологи. Психологи, работавшие на вермахт, полагали, что на самом деле не существует никаких серьезных проблем, связанных со стрессовыми расстройствами. Психическое расстройство, по их мнению, не что иное, как форма нежелания бороться или трусость. Поэтому все неблагоприятные психологические влияния боя предотвращаются и компенсируются эффективным руководством. Если солдат психологические «ломается» и не может продолжить бороться, то это проблема руководства, а не медицинского персонала или психиатров. Однако война опровергла эту позицию. Уже в 1942 г. (еще весьма благополучном для германских войск) число военнослужащих, госпитализированных по причине стресса, возросло до 6%. А в течение двух последних лет войны около одной

---

[1] См.: Организация психиатрической помощи и структура психических расстройств военнослужащих красной армии в годы великой отечественной войны / В. К. Шамрей, Г. П. Костюк, А. Г. Чудиновских, А. Г. Синенченко // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Вып. 4. Т. 20. С. 146–153.

трети всех госпитализаций в некоторых лечебных заведениях происходили из-за военного невроза. Вероятно, «меньшая вера в проблему сопровождалась меньшим обнаружением проблемы»[1].

Особенно бескомпромиссным было отношение к психотравматизации («военному неврозу») в финской армии. Психиатр Г. Федерли, бывший в годы войны главой военной медицины, рассматривал психические расстройства как следствие слабого характера и нехватки «моральной материи»[2].

Описанные выше подходы к пониманию сущности боевой психической травматизации обусловили выбор стратегии, схем, методов и принципов профилактики психических травм и оказания психологической помощи пострадавшим.

Профилактика психических травм

В ходе войны были обоснованы и частично реализованы несколько направлений профилактики боевой психической травматизации участников боевых действий.

Важнейшим фактором обеспечения устойчивости военнослужащих к боевому стрессу являлась высокая мотивация участия в боевых действиях. Такая мотивация была наивысшей у бойцов Красной армии, так как они сражались с врагом «не на жизнь, а насмерть», защищали «свой кров», мстили врагу «за свою поруганную землю», за родных и близких. Формирование у военнослужащих лютой ненависти к врагу, презрения к страху и трусам способствовало кристаллизации смысла участия в войне, формированию эффективных копинг-стратегий, повышало их психологиескую устойчивость. Особенно важным фактором предотвращения психических поражений бойцов был традиционный русский коллективизм, реализуемый в суворовском принципе «сам погибай, а товарища выручай».

Важность высокой боевой мотивации и коллективизма была осознана и в других армиях. Аппель и Бибе полагали, что британ-

---

[1] URL : http://en.wikipedia.org/wiki/Combat_stress_reaction (дата обращения: 20.10.2015)

[2] См. там же.

ские солдаты были в состоянии продолжить бороться почти в два раза дольше американских, потому что они в отличие от американцев «борются за выживание». Американский же солдат «борется за своих друзей или потому что его самоуважение не позволяет ему сбежать» с поля боя. Уже после нескольких месяцев участия в боевых действиях он испытывал дефицит мотивации для продолжения борьбы. Это происходит потому, что, во-первых, он считает что уже доказал свою храбрость в сражении, и во-вторых, постепенно он лишается большинства своих боевых товарищей, с которыми он обучался в лагере и воевал. В связи с этим он рекомендовал своему командованию придать войне больший смысл, сделать упор на планах их врагов завоевать Соединенные Штаты, чтобы побуждать солдат сражаться, чтобы в их семьях не случилось того, что они видели в других странах[1].

Подтверждением важности осмысленности и мотивации боевых действий в профилактике боевых психических травм может служить и отчет о потерях 442-го полка армии США, личный состав которого формировался из японцев, живших на Гавайских островах. В ходе боевых действий в Италии это подразделение практически не понесло потерь, связанных с боевым стрессом. По мнению военных психологов, солдаты проявили неслыханный героизм (высокую мотивацию) в стремлении доказать свою лояльность Соединенным Штатам, несмотря на японские корни (данные приводятся на основании отчетов Исследовательского института ВС США)[2].

Другим важным фактором формирования устойчивости воинов к психологическому давлению боя и боевой психической травме в годы войны считались высокое боевое мастерство и элитность воинских подразделений. Британский военный специалист К. Макнаб указывает на то, что в годы войны в элитных под-

---

[1] *Horn B.* The worm revisited: An examination of fear and courage in combat // URL : http://www.journal.dnd.ca/vo5/no2/doc/leadership-direction-eng.pdf. С. 48. (дата обращения: 20.10.2015).

[2] См.: *Макнаб К.* Психологическая подготовка подразделений специального назначения. М., 2002. С. 40.

разделениях разных армий случаи психических расстройств отмечались значительно реже, чем в обычных армейских соединениях. И это несмотря на то, что элитные подразделения гораздо чаще оказываются в психологически напряженных ситуациях. В качестве подтверждения он приводит следующий пример. В течение 38 дней, начиная с 6 июня и по 13 июля 1944 г., проводился сравнительный анализ психологических потерь среди раненых в двух американских воинских подразделениях. Элитная 82-я воздушно-десантная дивизия понесла серьезные потери (4 196 раненых) в ходе жестоких боев в Нормандии. Однако на каждые 100 раненых приходилось не более 6 психически травмированных бойцов. В то же время воевавшая в Италии пехотная дивизия потеряла 1 800 человек ранеными, но процентное соотношение психически травмированных более чем в два раза превышало подобные случаи у десантников – психологические потери пехоты составляли 13 человек на каждые 100 раненых бойцов[1].

В ходе войны Дж. Аппелем и Г. Бибе было выявлено важное обстоятельство. Британские военнослужащие, получавшие в годы Второй мировой войны четырехдневный отдых после каждых 12 дней боев и четко знавшие временные рамки своего участия в боевых действиях, могли совладать со страхом до 400 дней (американские – 200–240 дней). Американские летчики, воевавшие в юго-западной акватории Тихого океана, для которых не было установлено, как на европейском театре военных действий, фиксированного числа вылетов, после которых осуществлялась ротация из боевой обстановки. В результате уровень подверженности психотравматизации был там заметно выше, чем в Европе[2]. Это подтверждало вывод Дж. Долларда о том, что выраженность страха и его последствий прямо пропорциональна времени продолжительности и числу устрашающих инцидентов.

---

[1] См.: *Макнаб К.* Психологическая подготовка подразделений специального назначения. С. 46–48.

[2] *Horn B.* The worm revisited: An examination of fear and courage in combat. URL :// http://www.journal.dnd.ca/vo5/no2/doc/leadership-direction-eng.pdf (дата обращения: 25.10.2015).

Проведенный анализ позволил Дж. Аппелю и Г. Бибе убедить американское военное командование установить для солдат 180-дневный предел активного участия в боевых действиях[1], который с того времени соблюдается в армии США. Так же было принято решение о том, что каждый американский солдат должен точно знать срок начала и окончания своего участия в боевых действиях.

Организационные схемы психологической помощи

Организационные схемы психологической помощи, «выстраданные кровью и потом» солдат Первой мировой войны, сразу после ее окончания были благополучно забыты практически во всех армиях мира. Тема психологической помощи на войне выветрилась из тематики научных исследований, большинство военных психологов и психиатров ушли «на покой».

В результате, лишь в 1944 г. американцам удалось возродить схему психологической помощи непосредственным участникам боевых действий времен прошлой войны. Эта схема была построена следующим образом: командиры подразделений, младшие медицинские специалисты в боевой обстановке выявляют лиц с боевыми психическими травмами и оказывают им неотложную психологическую помощь (отвлечение от психотравмирующего фактора, эмоциональная поддержка, одобрение, ориентировка в происходящем, предоставление воды, чая, сигарет, постановка задачи, предъявление твердых требований и др.). В случае сохранения симптомов психотравматизации такие военнослужащие направляются в батальонные медицинские пункты. Здесь им оказывается доврачебная психологическая помощь (сон, теплое питье, горячая качественная еда, отдых, минимальное количество фармакологических средств, мытье и др.) в течение нескольких часов. После этого военнослужащие с нормализовавшимися реакциями и состояниями направляются в строй, а у кого по-прежнему отмечаются признаки психического расстройства переправляются в эвакопункты в тыловой

[1] *Horn B.* The worm revisited: An examination of fear and courage in combat. URL :// http://www.journal.dnd.ca/vo5/no2/doc/leadership-direction-eng.pdf (дата обращения: 25.10.2015).

зоне бригады. Лица с серьезными психотравмами направляются в медицинскую роту дивизии, где им оказывается помощь силами психолога, психопатолога, социолога. Здесь наряду с описанными выше способами помощи применяются методы психотерапии. При недостаточности такого вмешательства пострадавшие эвакуируются в специализированные психиатрические учреждения в тыловой зоне дивизии. Данная схема в годы войны позволила возвращать в строй подавляющее число военнослужащих, временно утративших боеспособность по психогенным причинам[1].

Оценивая систему помощи психотравмированным военнослужащим в годы войны, отечественные военно-медицинские специалисты констатируют, что полученный в годы Русско-японской войны опыт, во время Великой Отечественной войны использован не был, из-за острого дефицита военных врачей-психиатров и отсутствия специализированных лечебных психоневрологических учреждений[2]. В результате, особенно на первых этапах войны, подавляющая часть (около 70%) военнослужащих с психическими травмами эвакуировались в глубокий тыл, хотя многие из них по своему состоянию могли лечиться в армейском или в крайнем случае во фронтовом районе. Значительная часть таких больных попадала на лечение в общехирургические и общетерапевтические госпитали, в которых отсутствовала специально организованная психиатрическая помощь. В результате этого пострадавшие хронизировались и задерживались в госпиталях значительно больше необходимого времени. Исходы такого лечения были малоудовлетворительными. От 45 до 50% военнослужащих с психическими расстройствами в дальнейшем были признаны негодными к военной службе и сняты с воинского учета, до 30% – переводилось на нестроевую службу. Помощь пострадавшим оказывалась преимущественно вдали от линии

[1] См.: *Данилов А.* Профилактика боевых психологических травм в ВС США // Зарубежн. воен. обозр. 1991. № 9. С. 11–16.

[2] См.: Организация психиатрической помощи и структура психических расстройств военнослужащих красной армии в годы великой отечественной войны. С. 146–153.

фронта. На уровнях от дивизии и ниже она, как правило, не оказывалась. Это, с одной стороны, приводило к перегрузке этапов медицинской эвакуации и затрудняло оказание помощи раненым, с другой стороны, приводило к инвалидизации больных с психическими расстройствами[1].

Постепенно осознавая важность возвращения в боевой строй психотравмированных воинов, командование Красной Армии взяло курс на создание системы психолого-психиатрической помощи пострадавшим. Начиная с 1942 г. на фронтовом уровне стали формироваться специализированные госпитали для «контуженных». Позднее были организованы психоневрологические отделения в армейских госпиталях для легкораненых. Будучи наиболее приближенными к линии фронта, они приняли на себя основной поток воинов с психическими травмами. К середине 1943 г. во всех армиях появились нештатные армейские психиатры. В армейских терапевтических полевых подвижных госпиталях имелись специальные палаты на 20–30 коек для больных психиатрического профиля. В армейских и фронтовых госпиталях для лечения легкораненых были созданы психоневрологические отделения, а в армейском терапевтическом эвакогоспитале предусматривалось развертывание «нервного отделения», являющегося «основным армейским стационаром» для лечения лиц с пограничными психическими состояниями. К концу войны 74% пострадавших заканчивали лечение в эвакогоспиталях и на более передовых (нежели в начальном периоде войны) этапах. При этом средний срок лечения сократился с 42,6 до 37,9 дней[2].

Принципы психологической помощи

Как было показано выше, еще в годы Первой мировой войны на основе учета опыта оказания психиатрической и психологической помощи в ходе Русско-японской войны (1904–1905 гг.) анг-

---

[1] См.: Организация психиатрической помощи и структура психических расстройств военнослужащих красной армии в годы великой отечественной войны. С. 146–153.

[2] См. там же.

лийские специалисты разработали принципы психологического вспомоществования военнослужащим в процессе боевых действий, обозначив их мнемической аббревиатурой «PIE» (Пирог).

Об этих принципах в годы Второй мировой войны вновь вспомнили американские, английские и канадские военные психологи. В процессе реализации описанной выше схемы психологической помощи понадобилось специально изучить психологию психотравмированных воинов, начать поиск причин не всегда высокой эффективности их лечения. В частности был заново (после открытия Г. Е. Шумковым во время Русско-японской войны) открыт такой феномен как *«эффект вторичного выигрыша»*. Суть его состоит в том, что психотравмированные военнослужащие, отправленные для реабилитации в глубокий тыл, начинают понимать, что болезнь им выгодна и спасает от фронта. По этой причине они будут делать все, чтобы поддерживать симптомы психического расстройства. Причем чем дальше от линии фронта эвакуируются воины, тем мощнее действует эта закономерность.

Эффект вторичного выигрыша хорошо описан в следующем исследовании: «Когда вдруг фронтовик попадал в мягкую белоснежную постель, когда он вдруг получал возможность спать сколько угодно, есть горячую пищу, когда он освобождался от повседневных тягот, связанных с различными дисциплинарными ограничениями, в этих условиях только очень немногие могли стремиться к объединению своих усилий с усилиями врачей, направленных на достижение скорейшего выздоровления, после которого им вновь предстояло вернуться на фронт, испытывать лишения и подвергаться опасности… В результате все факторы, за исключением привязанности солдата к своим фронтовым друзьям, способствовали тому, чтобы удержать его в госпитале. Многие из тех, кто попал в госпиталь по ранению, через несколько месяцев были демобилизованы из-за развивающегося в госпиталях психоневроза... Стало совершенно ясно, что не только нет никакой необходимости, но прямо-таки вредно госпитализировать значительное число людей и содержать их в столь благо-

приятных условиях, которые лишают человека желания быть солдатом»[1].

Делали все, что было в их силах, для реализации перечисленных выше принципов психологической помощи и отечественные военные психиатры. Боевые действия рассматривались ими в качестве особого патогенного фактора, сочетающего психическую и физическую травматизацию, фиксируемую в диагнозе «контуженный». Это позволило обосновать необходимость создания штата психоневрологов в действующей армии. Это отвечало требованию принципа приближения помощи к передовому району[2].

Мобилизация сил

Проведенный анализ показывает, что в годы войны в Советском Союзе не было принято мер по мобилизации кадров психологов и психиатров. Об этом свидетельствуют следующие факты. В начале войны на Западном фронте было всего два психиатра (А. М. Свядощ и А. А. Портнов), а на 1-м Украинском – один (В. Е. Макаров), который одновременно являлся и главным невропатологом фронта. Именно они и армейские психиатры взяли на себя основную тяжесть организационно-методической работы в войсках. При острой нехватке военных психиатров многие из них не использовались по специальности[3]. Психологи не были востребованы в боевых порядках войск[4]. Они привлекались для восста-

---

[1] См.: Почему необходимо изучать неэффективного солдата / Э. Гинцберг, Д. К. Андерсон, С. В. Гинсбурк, Д. Л. Эрма // Современная буржуазная военная психология. С. 96–97.

[2] См.: Организация психиатрической помощи и структура психических расстройств военнослужащих красной армии в годы великой отечественной войны. С. 146–153.

[3] См. там же.

[4] Это хорошо видно из аналитических материалов А. А. Смирнова, в которых дается подробная справка о деятельности отечественных психологов в годы Великой Отечественной войны. В частности отмечается, что психологи А. Г. Ковалев, В. И. Киреенко, М. Ф. Громов, Е. И. Игнатьев, А. И. Щербаков, С. Н. Шебалин занимали командные посты; Г. Д. Луков, В. И. Кауфман, Ю. А. Самарин служили рядовыми; В. Н. Мясищев,

новления боеспособности и трудоспособности раненых бойцов в некоторых лечебных заведениях. В нейрохирургическом эвакогоспитале в г. Кисегач Челябинской области работала группа психологов во главе с А. Р. Лурией. В эту группу входили Э. С. Бейн, С. Г. Геллерштейн, А. В. Запорожец, Б. В. Зейгарник, О. П. Кауфман, Б. Б. Митлина, С. Я. Рубинштейн, Д. Н. Рейтерберг. Здесь велась восстановительная работа после поражения центрального (мозговые травмы, сопровождающиеся нарушением речевых и мыслительных функций) характера[1].

Позднее был создан восстановительный госпиталь в поселке Кауровка на берегу реки Чусовой, работу в котором возглавил А. Н. Леонтьев. Медицинской частью здесь руководил П. Я. Гальперин. Здесь же работали В. С. Мерлин, А. Г. Комм, Т. О. Гиневская. В этой клинике упор делался на восстановлении утраченной гностической чувствительности и движений после ранений, путем специальной организации осмысленной предметной деятельности раненых, то есть нарушений периферического (нарушения двигательных функций руки вследствие центральных или периферических поражений) характера. В эвакогоспиталях Тбилиси работал над дифференциальной диагностикой и методиками восстановле-

---

К. К. Платонов, В. Н. Колбановский находились на ответственных медицинских постах; А. В. Ярмоленко, А. А. Люблинская, Т. А. Репина служили на должностях младшего медицинского персонала. Прошли всю войну Д. Б. Эльконин и Ф. Н. Шемякин. На Ленинградском фронте в течение всей блокады воевал А. Г. Коварев. Б. С. Смирнов сражался в партизанском отряде. Получили на фронтах ранения и контузии Е. С. Кузьмин, М. Ф. Морозов, А. З. Редько. Погибли на войне Л. М. Шварц (бывший заместителем директора Института психологии), сотрудники института И. И. Волков, Ф. И. Муплев, доцент МГПИ им. В. И. Ленина П. С. Любимов. Несли службу на постах ПВО Е. В. Гурьянов, А. Н. Леонтьев, А. А. Смирнов, Б. М. Теплов, П. А. Шеварев, А. А. Бодалев. С 1941 г. влились в ряды армии психологи Г. З. Рогинский, Б. О. Хотин, А. Л. Ширман. На Ленфронте сражались А. В. Веденов, Ю. А. Самарин, А. Ц. Пуни.

[1] См.: *Зейгарник Б. В.* Ученые психологи в годы Великой Отечественной войны // Психология инвалидности : хрестоматия. М. : МПСИ ; Воронеж : МОДЭК, 2011. С. 29–34.

ния утраченных функций Б. Г. Ананьев. В Физиологическом институте Ленинградского университета А. А. Ухтомский со своими сотрудниками занимался изучением проблем травматического шока, имевших важнейшее значение для спасения жизни раненых. В институте экспертизы трудоспособности и трудоустройства инвалидов психологами Н. Н. Ободан, А. Н. Давыдовой, О. И. Галкиной велась работа по реабилитации раненых, возвращению к трудовой деятельности инвалидов войны[1].

В США управление по делам ветеранов наняло 4 700 профессиональных психологов для оказания психологической помощи ветеранам и инвалидам боевых действий. Среди тех, кто работал в этой области, были Э. Берн и Э. Эриксон. А. Л. Бентон вел клиническую работу с лицами, имеющими мозговые ранения в военно-морских госпиталях. Р. У. Сперри участвовал в проекте по хирургическому восстановлению поврежденных нервов в лаборатории биологии приматов Йоркса, в Оранжпарке Невады. Социальный психолог Х. Т. Химмельвайт работала в военном Центре неврозов, где исследовала способность людей адаптироваться к переменам в жизни. К. Гольдштейн был профессором-клиницистом в Медицинской школе и в 1942 г. опубликовал книгу о последствиях мозговых травм, полученных на войне.

Методы психологической помощи

Теоретико-методологические позиции психиатров и психологов разных стран обусловили различные их подходы к использованию методов психологической помощи психотравмированным военнослужащим.

Так, в вермахте основными средствами психологической помощи пострадавшим, особенно с истерическими симптомами, были электрошок и гипноз. Лечение военного невроза в финской армии было простым: пациентов запугивали и изматывали до тех пор, пока они не возвращались в боевой строй[2].

---

[1] См.: *Зейгарник Б. В.* Указ. соч. С. 29–34.

[2] URL : http://en.wikipedia.org/wiki/Combat_stress_reaction (дата обращения: 20.10. 2015).

Психологами армии США в процессе психологической помощи и реабилитации был создан ряд психотехнологий, которые и сегодня считаются эффективными. На базе некоторых из них созданы современные методы вспомоществования участникам боевых действий. Так, С. Л. А. Маршалл, проводя послебоевые опросы американских военнослужащих для выявления их психических состояний и поведения в бою, обнаружил, что такие коллективные беседы давали «духовно очищающий» и «морально укрепляющий» эффект. Участники таких групповых обсуждений в результате были довольны. Так появился метод структурированной интервенции – психологический дебрифинг, заключающийся в создании нарративов (вербальных репрезентаций) травматического опыта, то есть в обсуждении фактов, мыслей, чувств, переживаний бойцов, выполнявших общую боевую задачу и переживших травматическую ситуацию. При проведении дебрифинга обеспечивалось уважение к переживаниям, страданиям, выражению эмоциональных реакций человека, пережившего травматический опыт. Маршалл утверждал, что методически дебрифинг довольно прост и может проводиться командирами без специальной подготовки. Такие дебрифинги, по его мнению, должны проводиться на поле боя сразу после него продолжительностью около 7 часов[1]. Сегодня на базе боевого психологического дебрифинга создано множество вариантов групповой интервенции как в групповом, так и в индивидуальном формате проведения.

Другим перспективным методом психологической работы с военнослужащими стал разработанный Эриком Берном метод групповой дискуссии (дебрифинга, не носящего характера интервенции). В 1941 г. Берн вступил в армейский медицинский корпус в качестве психиатра и дослужился до звания майора. Новая должность потребовала от него в кратчайшие сроки принимать решение о пригодности людей к службе в армии в зоне боевых действий. Исповедуемый им психоанализ был практически беспо-

[1] См.: Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / под ред. Эны Фоа, Теренса М. Кина, Мэтью Фридмана. М. : Когито-Центр, 2005. С. 53.

лезным в решении подобных задач и Берн критически переосмысливает его постулаты. Он почти случайно нащупывает групповую стратегию психологической работы. Во введении к своей книге «Трансактный анализ в группе» (1966) он пишет о своей работе в годы войны в армейском госпитале. Так как употребление спиртного в госпитале было категорически запрещено, выздоравливающие солдаты закупали большое количество спиртосодержащего лосьона для бритья и прятали его в различных местах, чтобы выпить в удобное время. В связи с этим ежедневно по утрам осуществлялся поиск спиртного сотрудниками госпиталя. Было выявлено большое количество бутылок с токсичной жидкостью. В отчаянии Берн решил собрать военнослужащих в комнате отдыха, чтобы обсудить с ними опасность употребления лосьона. Военнослужащим так понравилась встреча, что они предложили встречаться и дискутировать ежедневно. Вскоре групповая терапия была одобрена Военным департаментом. Таким образом Берн получил возможность проводить групповую работу на законных основаниях[1].

Отечественные психологи, работавшие в восстановительных госпиталях, использовали в психореабилитационной практике как традиционные, так и разработанные ими новые методы помощи. Так, для восстановления утраченных речи и слуха (постконтузионная глухонемота) применяли плацебо, электрофизиотерапию, лекарственные препараты, беседы, включение больных в трудовую деятельность. В отличие от психокоррекции при афазии, в случае постконтузионной глухонемоты требовались не отработка произнесения звуков и слогов, а работа по коррекции личности (психотерапия, убеждение, внушение, отвлечение, концерты художественной самодеятельности). По существу, в госпиталях часто функционировало психотерапевтическое сообщество, которое западные психологи определяли как «группу встреч». Благодаря этому у раненых бойцов восстанавливались не только нарушенные функции, но и утраченный статус, формировались трудовые установки, перспективные цели. Работа психологов в госпиталях показала, что «пер-

[1] См.: *Степанов С. С.* Психология в лицах. М. : Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. С. 348–349.

спективы психокоррекционной работы заключаются в первую очередь в том, что должны быть сформированы регулятивные функции человека, что охрана психического здоровья заключается не в выработке мер адаптации, а в формировании высших целей»[1].

Для восстановления нарушенных ранением движений (А. В. Запорожец, С. Г. Геллерштейн, С. Я. Рубинштейн) и профилактики контрактур создавались специальные хорошо оборудованные мастерские трудовой терапии (столярная, слесарная, сапожная, портняжная), организовывались курсы счетоводов. То есть здесь объединялись в единый комплекс восстановление нарушенных функций, экспертиза и профконсультация, трудовое обучение[2].

Таким образом, в годы Второй мировой войны психологами, психиатрами, врачами, военными руководителями получен уникальный опыт, включающий следующие положения:

1. Война является процессом перманентной психотравматизации участников боевых действий. Масштабы психотравматизации военнослужащих могут достигать уровней, оказывающих значительное влияние на ход и исход сражений.

2. Более гуманной и экономически выгодной стратегией является не набор все новых и новых контингентов для восполнения психогенных потерь, а восстановление и возвращение в боевой строй лиц, получивших боевые психические травмы.

3. Создание системы психологической помощи и реабилитации непосредственно в ходе войны чрезвычайно сложно. Необходимо в мирное время иметь теоретическое обоснование, отработанные организационные схемы, специалистов психологов и психиатров, владеющих эффективными методами психологической помощи и реабилитации.

4. Психологическая помощь участникам боевых действий должна основываться на соблюдении принципов близости, неотложности, выжидательности. Основным звеном оказания психологической помощи должна быть воинская часть (соединение).

---

[1] *Зейгарник Б. В.* Ученые психологи в годы Великой Отечественной войны // Психология инвалидности. С. 35.

[2] Там же. С. 31–32.

1.4. Уточнение принципов и схем психологической помощи комбатантам в локальных военных конфликтах XX–XXI вв.

Локальные войны XX–XXI вв. опровергли расчеты военных теоретиков и практиков, ожидавших, что в военных событиях низкой интенсивности уровень психогенных потерь будет существенно ниже уровня психогенных потерь в мировых войнах. По оценкам Р. Габриэля, «потери войск во Второй мировой войне бледнеют по сравнению с потерями от шока и смертности в условиях современной войны. В арабо-израильской войне 1973 г. почти одна треть потерь израильтян была вызвана психологическими причинами. Примерно тоже самое наблюдалось в египетских войсках. При вторжении израильтян в Ливан в 1982 г. количество потерь от психических расстройств уже в два раза превысило количество убитых и составило 27% от общего количества раненых»[1].

В результате в ходе военных событий, имевших место на рубеже нынешнего и прошлого веков, концептуальные схемы медико-психологической реабилитации участников боевых действий были скорректированы. Были введены в научный и практикоориентированный оборот категории «реакции боевого стресса», «посттравматическое стрессовое расстройство». Диагностическая категория «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР) после войны во Вьетнаме была включена в 1980 г. в американское диагностико-статистическое руководство по психическим расстройствам DSM третьей редакции и с тех пор сохраняет свое место во всех его последующих редакциях.

Утвердилось мнение специалистов в том, что пребывание военнослужащих в зоне боевых действий должно быть ограничено 180 сутками. За пределами этого срока наступает резкий спад возможностей иммунной и нервной систем военнослужащего адаптироваться к стресс-факторам и другим, вредным для жизни обстоятельствам боевой обстановки.

[1] *Габриэль Р.* Героев больше нет.

Получили признание выводы военных врачей и психологов о том, что точное определение сроков окончания участия в боевых действиях (дата ожидаемого возвращения из-за моря» для удобства обозначаемой аббревиатурой DEROS (Date Expected to Return from Overseas) имеет профилактическое значение в плане предупреждения психических расстройств.

Была доказана целесообразность ротации участников боевых действий в составе подразделений не в персональном порядке, а в составе воинских подразделений.

Особое внимание было обращено на необходимость приоритетного выявления тенденций к симуляции психических расстройств у участников боевых действий.

Была осознана важнейшая роль воинского коллектива в мотивации боевой активности воинов и решении ряда реабилитационных задач (социальной поддержки, отреагирования и др.). В армии США была апробирована система «товарищеской взаимопомощи».

Утвердилось представление о необходимости поддержания постоянной духовной связи участников боевых действий с обществом, родными и близкими как важнейшего условия снижения чувства социальной изолированности.

На протяжение Корейской и Вьетнамской войн практикующие психологи и психиатры продолжали разрабатывать групповой дебрифинг стресса. Военные психиатры развивали техники немедленных и кратковременных интервенций, после которых солдаты могли возвращаться к активной службе. Эти интервенции были построены на идее, что простой разговор на посттравматической стадии способен облегчить психологическое восстановление человека в целом.

В последние годы в армии США взят курс на превентивную профилактику у военнослужащих боевых психических расстройств за счет проведения с каждым военнослужащим Тренинга упругости (позитивного мышления) (М. Селигман).

Дальнейшее развитие получили принципы психологической помощи. Совокупность используемых сегодня принципов («прагматический подход Салмона-Гласса) обозначается мнемической аббревиатурой «BICEPS» (Brevity (краткосрочность), Immediacy

(незамедлительность), Centrality (централизация), Expectancy (выжидательность), Proximity (приближенность), Simplicity (простота)[1].

Анализ концепций оказания психологической помощи в современном бою показывает, что наряду с их безусловной полезностью, они содержат в себе ряд потенциальных опасностей. Эти опасности следующие[2]:

1. Широкая открытость в деятельности структур психологической помощи и практическая отработка ими в ходе войсковых учений методов своей деятельности могут спровоцировать ложную психотравматизацию военнослужащих по психологическим механизмам самореализующегося пророчества или внушения болезни. Такие случаи отмечались практически во всех войнах XX в., начиная с Русско-японской войны.

2. Знание военнослужащими принципов работы психологической помощи и симптомов психотравматизации может породить такое грозное для войны явление, как притворство[3]. Войны всех времен и народов изобилуют примерами, содержащими самые изощренные способы притворства, включая *искусственную болезнь* (членовредительство, самоотравление, самозаражение, самообморожение), *симуляцию* (демонстрация симптомов соматических и психических болезней), *аггравация* (преувеличение симптомов). Опыт войн XX в. показал, что объемы притворства могут достигать огромных размеров и вплотную приближаться к объему психотравматизации.

3. Необходимость психологическим службам доказывать, а иногда и отстаивать свою состоятельность порождает желание постоянно преувеличивать их реальные возможности в оказании психологической помощи. Анализ показывает, что военные психологи разных

---

[1] URL : http://en.wikipedia.org/wiki/Combat_stress_reaction (дата обращения: 20.10.2015).

[2] См.: *Караяни А. Г., Караяни Ю. М.* Психологическая помощь в бою: желаемое и действительное // Международная научно-практическая конференция «Проблемы психологических последствий, связанных с радиационными авариями и другими чрезвычайными ситуациями, 22 мая 2014 года. М., 2003. С. 56–58.

[3] См.: *Хаханьян Г. Д.* Основы военной психологии. М ; Л., 1929.

стран постоянно расширяют круг задач, методов и средств оказания психологической помощи военнослужащим в бою. Нередко конкретные психотехнологии и отдельные методы не критически (без учета реальных психологических условий боя) заимствуются в психологии спорта, труда, клинической, педагогической психологии и других отраслях знания и практики. Иногда происходит опасная подмена понятий «бой» и «боевая обстановка», «психологическая поддержка» и «психологическая реабилитация». Такая подмена приводит к формированию у военных психологов ошибочного впечатления, что в ходе боя возможно применить многие, довольно объемные, не проверенные боем или другими экстремальными событиями, технологии оказания психологической помощи.

При этом не учитывается то обстоятельство, что в ходе «боя» чаще всего более эффективным средством спасения психотравмированного военнослужащего не является применение к нему каких-либо психотехнологий, а продолжение активного уничтожения противника. Кроме этого, создается иллюзия, что психолог или любой сослуживец может эвакуировать пострадавшего с поля боя. На самом деле разрешение на эвакуацию с поля боя психических пострадавших военнослужащих – это абсолютная прерогатива командира и медицинского персонала.

4. Оценка «боевой» эффективности психологических служб в мирное время нередко осуществляется на основе наиболее «ярких» и «звонких» критериев, использование которых в бою может привести к катастрофическим последствиям. В некоторых пунктах психологической помощи и реабилитации (сегодня – пункты психологической работы) ретивые сотрудники подготовили «добытые по случаю» новенькие больничные халаты и даже подшили на них белые подворотнички. Это является прямым нарушением принципа выжидательности, которое может привести к формированию у пострадавших рентных установок (установок вторичной выгоды от травмы).

Для того чтобы избежать перечисленных ошибок, необходимо четко разделить понятия «бой» (как непрерывный процесс выполнения конкретной боевой задачи) и «боевая обстановка» (как процесс повседневной жизнедеятельности воина, включающий

как активные боевые действия, так и периоды отдыха, обустройства военно-полевого быта, подготовки к последующим боевым схваткам и т. д.). В бою целесообразно осуществлять психологическую помощь в виде психологической поддержки (выполнения конкретных, точечных, кратковременных (измеряемых в секундах) процедур, способствующих снятию у военнослужащих эффектов одиночества на поле боя, уникальности переживаний, коррекции ориентировки в боевой обстановке и собственной личности, мгновенной эмоционально-волевой мобилизации, уточнению порядка действий, заражения боевым настроением, создания эффекта «эжекции» (вовлечения в активные действия)[1].

В перерывах между боями, а также в ходе боя с военнослужащими, эвакуированными медицинским персоналом в пункты психологической работы, могут проводиться мероприятия психологической реабилитации, направленные на восстановление боеспособности военнослужащих, нарушенных (утраченных) психических функций и восстановление целостности личности воинов, пострадавших от психотравмы. И даже при проведении реабилитационных мероприятий важнейшими моментами являются предупреждение симуляции военнослужащих и предупреждение развития у них установок на получение вторичной выгоды.

5. Опасными последствиями может обернуться стремление облегчить участь участников боевых действий с помощью различного рода медикаментозных препаратов. Такая практика, имеющая место в американских вооруженных силах, привела в последние годы к катастрофическому распространению среди солдат, участвующих в военных операциях, различного рода «психиатрических наркотиков». 17 марта 2010 г. в *Navy Times* опубликована статья «Вооруженные силы, лечащие наркотиками», в которой отмечается, что каждый шестой американский военнослужащий принимает по крайней мере один психиатрический наркотик. К ним следует добавить многих солдат, принимающих «комбинации» лекарст-

---

[1] См.: *Караяни А. Г., Сыромятников И. В.* Введение в профессию военного психолога. М. : Академия, 2007 ; Они же. Прикладная военная психология. М., 2006.

венных коктейлей. Специалисты сообщают, что психиатрические наркотики в огромных количествах «предписываются, поглощаются, распространяются и продаются в зонах боевых действий». За последнее десятилетие использование антипсихотических препаратов в американских войсках увеличилось более чем на 200%, а успокаивающих наркотиков и сонных порошков – на 170%. Эти виды наркотиков ослабляют моторные навыки, замедляют время реакции, делают солдата вялым, или таким, каких сослуживцы называют «придурок»[1].

Медикаментозные препараты должны выписываться военнослужащими исключительно военными врачами и в случаях, когда другие методы и средства психологического вспомоществования оказались недостаточно эффективными.

---

[1] *Bruce E. Levine*. Teaching "Positive Thinking" to the Troops; How Psychologists Profit on Unending U.S. Wars. URL : http://chelseagreen.com/blogs/brucelevine> @ ChelseaGreen View All of Bruce E. Levine's Posts http://chelseagreen.com/blogs/brucelevine. URL : http http://chelseagreen.com/blogs/brucelevine/2010/07/23/teaching-positive-thinking-to-the-troops-how-psychologists-profit-on-unending-us-wars/> (дата обращения: 25.10.2015).

Глава 2. Психологические последствия участия военнослужащих в боевых действиях

2.1. Психологическая характеристика боевого стресса

Человеческое существо весьма уязвимо перед мощными стресс-факторами войны. Выдающийся русский военный психолог Г. Е. Шумков писал, что каждый участник боевых действий «в самом себе переживает душевную войну, душевную драму. И из этой личной борьбы каждый воин выходит победителем или побежденным»[1].

В бою с помощью таких суровых «тестов», как страх, лишения, боль, голод, холод, чудовищное физическое и психическое напряжение испытываются все индивидуально-психологические и личностные качества человека, во всей полноте раскрываются особенности его психических процессов, состояний, свойств и образований.

Активный участник и герой Великой Отечественной войны Б. Момыш-Улы писал: «Психология боя многогранна: нет ничего не задеваемого войной в человеческих качествах, в личной и общественной жизни. В бою не скрыть уходящую в пятки душу. Бой срывает маску, напускную храбрость. Фальшь не держится под огнем. Мужество или совсем покидает, или проявляется во всей полноте только в бою»[2].

В бою воины ведут себя по-разному. У одних экстремальная обстановка боя вызывает боевое возбуждение, способствующее обострению органов чувств, внимания, памяти, мышления; боевой активности и боеспособности бойца. У других, напротив, опасная для жизни обстановка может способствовать понижению чувствительности, замедлению реакций на внешние раздражители, ухудшению координации движений и устойчивости действий, ослабле-

---

[1] *Шумков Г. Е.* Рассказы и наблюдения из настоящей Русско-турецкой войны. Киев, 1905. С. 2.

[2] *Момышулы Б.* Психология войны. 1996. С. 15–16.

нию памяти и внимания, что снижает боевые возможности воина, его шанс на выживание в бою.

Интегральным выражением сущности человека-бойца выступает боевой дух. Английский военный психолог Н. Коупленд определяет боевой дух как реакцию человека на страх. «Перед лицом неизбежной беды, – отмечает он, – один бежит прочь, другой сопротивляется с яростью дикого зверя, третий противопоставляет ей хладнокровную осмотрительность[1].

Командир должен отчетливо представлять, как и почему проявляются различные формы реакций людей на стресс-факторы боевой обстановки, какими способами можно усилить положительные и нейтрализовать отрицательные проявления ощущений, восприятий, памяти, внимания, мышления, мотивации, эмоциональных состояний, взаимоотношений между военнослужащими.

Сегодня военные психологи сходятся на том, что главным психологическим феноменом боевых действий, так или иначе влияющим на все психические и нравственные проявления воина (подвиг, самоотверженность, паника, предательство и др.), является боевой стресс.

Понятие «стресс» введено канадским физиологом Гансом Селье в 1936 г. для описания адаптационного синдрома. Стресс может оказывать как положительное, так и отрицательное влияние на деятельность, вплоть до ее полной дезорганизации. В развитии стрессовой реакции выделяются три стадии:

1. Стадия тревоги, продолжающаяся от нескольких часов до двух суток и включающая две фазы: шока и противошока. На стадии противошока происходит мобилизация защитных сил организма.

2. На стадии сопротивляемости (резистентности) повышается устойчивость организма к различным воздействиям. Эта стадия либо приводит к стабилизации состояния и выздоровлению, либо к третьей стадии адаптационного синдрома.

3. Стадия истощения – характеризуется расходованием энергии и истощением возможностей организма, повышением тревоги, появлением *дистресса*, перенапряжения.

---

[1] *Коупленд Н.* Психология и солдат. С. 68.

Боевой стресс – многоуровневый процесс адаптационной активности человеческого организма в условиях боевой обстановки, сопровождаемый напряжением механизмов реактивной саморегуляции и закреплением специфических приспособительных психофизиологических изменений[1].

Специалисты выделяют *срочную адаптацию* военнослужащих к боевой обстановке как комплекс реакций, направленных на приспособление к непривычным стимулам боевых условий, и *долговременную адаптацию*, сопровождающуюся такими кардинальными изменениями психики и личности воина, которые позволяют выжить в экстремальной обстановке войны.

Срочная адаптация проявляется одной из трех возможных реакций на боевой стрессор:

а) *импульсивный тип дезадаптивного поведения:* резкое снижение организованности поведения, импульсивные, преждевременные и несвоевременные действия, утрата сформированных навыков, повтор ответной двигательной реакции, снижение надежности из-за повышения общей чувствительности;

б) *тормозной тип дезадаптивного поведения*: торможение действий и движений, их замедление вплоть до ступора, подавление процессов восприятия и мышления, ведущее к нарушениям приема и переработки информации (пропуск значимых сигналов), а также принятия решений;

в) *адаптивный тип поведения*: целесообразная активность, четкое восприятие и осмысление ситуации, высокий самоконтроль, адекватные действия[2].

У лиц, принимающих длительное участие в боевых действиях, «закрепляется памятный след новых поведенческих навыков и стереотипов, имеющих первостепенное значение для выживания и выполнения поставленных задач». Среди них: восприятие окружающей среды как враждебной; гиперактивация внимания, тре-

---

[1] См.: *Снедков Е. В.* Боевая психическая травма : автореф. дис. … д-ра мед. наук. СПб., 1997. С. 32.

[2] См.: Военная психология / под ред. А. Г. Маклакова. СПб. : Питер, 2004. С. 344.

вожная настороженность; готовность к импульсивному защитному отреагированию на угрожающий стимул в виде укрытия, бегства, агрессии и физического уничтожения источника угрозы; сужение эмоционального диапазона, стремление к «уходу» от реальности и оценки ряда нравственных проблем; эффективное межличностное взаимодействие в микрогруппе, включающее способность к коллективной индукции; способность к моментальной полной мобилизации сил с последующей быстрой релаксацией; соответствующее экстремальному режиму психического функционирования нейровегетативное обеспечение. Адаптация к боевым условиям закрепляет в характере некоторых воинов повышенную ранимость, недоверчивость, отгороженность, разочарование и страх перед будущим, нарушение социальной коммуникации, склонность к агрессивному, саморазрушающему поведению и злоупотреблению наркосодержащими веществами. Кроме этого, у участников боевых действий нередко отмечаются усиление тревожности, подавленность, чувство вины, повышенная чувствительность к несправедливости, «застревание» на негативных переживаниях[1] и др.

В зависимости от вида воздействующего на организм стрессора (*фактора, стимула, воздействия, вызывающего необходимость приспособления*), специалисты выделяют виды стресса: физиологический (вызываемый такими стрессорами, как боль, высокая и низкая температура воздуха, шум, вибрация, гипоксия, непереносимый запах) и психологический. Последний подразделяется на эмоциональный (вызываемый страхом гибели, ранения, травмы, пленения; гибелью или ранением боевых товарищей, ранением, травмой, участием в жестоком насилии, уничтожении врага; высокой ответственностью) и информационный (порождаемый недостатком, избытком или ошибкой информации).

Это разделение весьма условное, так как стрессоры в боевой обстановке действуют, как правило, комплексно.

Боевой стресс бывает *конструктивным* (эустресс – преобладают реакции боевой настороженности, бдительности, быстрой приспособляемости к обстановке, мобилизации всех сил и возмож-

[1] *Снедков Е. В.* Боевая психическая травма. С. 28–30.

ностей), *деструктивным* (дистресс – преобладают реакции тревоги, неуверенности, чрезмерное напряжение всех возможностей организма и невосполняющийся расход ресурсов и т. д.), *травматическим* (боевая психическая травма) – преобладают психическая дезорганизация, страх, психологический шок, почти полный расход ресурсов нервной и психической системы, возникновение патологических способов «спасения» организма и личности).

Вопрос о том, какие реакции на стресс-факторы боевой обстановки являются нормальными, а какие – нет, является дискуссионным. Мы назовем нормальным такое поведение военнослужащих, которое в соответствующих ситуациях демонстрирует большинство из них и которое не противоречит человеческой морали и законам войны.

Конструктивный боевой стресс можно сравнить с действиями гарнизона древней крепости. При получении сигнала о приближении врага защитники крепости повышают бдительность, усиливают дозоры и составы дежурных сил, проверяют прочность стен, ворот и засовов, готовят к бою оружие и боеприпасы, запасы воды и продовольствия, устанавливают особый режим жизнедеятельности, правила поведения на время осады. При нападении противника они мобилизуют все силы на отпор ему. Многие крепости сражались чуть ли не до последнего защитника.

Боевой стресс – это процесс мобилизации всех имеющихся возможностей организма, иммунной, защитной, нервной, психической систем для преодоления жизнеопасной ситуации. У человека происходит изменение состава крови. Впрыскиваемые туда из желез внутренней секреции гормоны, вызывают у него тревогу, бдительность, агрессивность. Увеличивается объем легких, что позволяет доставлять больше кислорода к активно задействованным в работе органам. Сужение кровеносных сосудов ведет к повышению кровяного давления, усилению кровотока. Перераспределяются схемы движения крови. У деятельностных личностей уменьшается ее доставка к внутренним органам и увеличивается – к сердцу, скелетным мышцам.

Внешне в боевой обстановке стресс проявляется в учащении пульса, дыхания, температуры тела военнослужащего, покрасне-

нии или побледнении кожных покровов, усилении потоотделения, высыхании во рту, треморе (дрожании мышц), изменении внешней активности (количества, частоты и амплитуды движений), учащении мочеиспускания, усилении тревоги и бдительности и др. Все перечисленные симптомы – это нормальные реакции человека на ненормальные обстоятельства боевой обстановки.

Известный английский специалист по тактике действий и психологической подготовке спецподразделений К. Макнаб выделяет следующие симптомы боевого дистресса:

✓ Агрессивность/раздражительность. Не только на врага, но и на окружающих людей и неодушевленные предметы. Для проявления агрессии порой достаточно малейшего повода (например, громкого звука).

✓ Алкоголь/наркотики. В стремлении заглушить в себе тягостные воспоминания пострадавший значительно увеличивает потребление алкогольных напитков и наркотиков. При этом его состояние ухудшается, а беспокойство и угнетенность усиливаются.

✓ Апатичность. Пострадавший в бою солдат «уходит в себя» и не проявляет интереса к происходящему вокруг.

✓ Безрассудство – полное пренебрежение собственной безопасностью и безопасностью окружающих.

✓ Бессмысленные поступки, как то беспредметные разговоры на одну и ту же тему, бесцельные разборка и сборка оружия и т. д.

✓ Дрожь в руках, которая распространяется на все тело.

✓ Кататонический синдром: пострадавший цепенеет и теряет способность двигать конечностями, даже при угрозе собственной жизни.

✓ Нарушение режима питания – утрата интереса к пище, что приводит к потере веса, утомляемости и различным заболеваниям.

✓ Подавленность – депрессивные состояния, сопровождающиеся болезненной самокритикой, безнадежным пессимизмом, страхом перед будущим и чувством усталости.

✓ Потеря памяти – солдат не способен удержать в памяти слова команды, отданной несколько мгновений назад.

✓ Проблемы с мочевым пузырем/кишечником. Непосредственно перед боем и в бою солдат утрачивает контроль над работой

мышц мочевого пузыря и кишечника. Мочеиспускание становится учащенным и непроизвольным и солдат страдает приступами диареи.

✓ Рассеянность – неспособность сосредоточиться на объектах боевой обстановки и ясно мыслить.

✓ Расстройство речи – синдром «каши во рту».

✓ Резкая смена настроения – от глубокой подавленности до состояния эйфории.

✓ Самобичевание. Солдат испытывает чувство неполноценности, видит себя в невыгодном по сравнению с другими людьми свете.

✓ Скачки температуры тела – «то в жар, то в холод», независимо от температуры окружающей среды.

✓ Тошнота/рвота, препятствующие нормальному приему пищи.

✓ Усталость, возникающая без предшествующей нагрузки и не компенсируемая отдыхом.

✓ Уход от реальности – изоляция солдата в собственных мыслях, в иллюзорном мире своего воспаленного воображения[1].

В. Л. Марищук, и В. Ю. Рыбников[2], анализируя состояние стрессовых реакций, выделяют в них следующие паттерны эмоционального реагирования:

1. *Состояние «предстартовой мобилизации»* воина, заключающейся в мобилизации организмических и психических возможностей воина, подготовке его к реакции «бей» (агрессии) или «беги» (бегство из ситуации).

2. *Состояние боевой готовности*, проявляющееся в мобилизованности функциональных резервов, позволяющей действовать эффективно.

3. *Состояние «боевой лихорадки»*, характеризующееся чрезмерной и неадекватной активностью с поспешными решениями, большим количеством ошибочных действий, неспособностью сосредоточиться на решаемой задаче, внешней суетливостью, ино-

---

[1] См.: *Макнаб К.* Психологическая подготовка подразделений специального назначения. С. 49–52.

[2] Военная психология / под ред. А. Г. Маклакова. С. 346–347.

гда сопровождаемой бравадой, показной смелостью. Безрезультатная активность в состоянии боевой лихорадки нередко переходит в перевозбуждение и боевую апатию.

4. *Состояние боевой апатии*, состоящее в выраженной пассивности, проявлении чувства обреченности, неспособности принимать необходимые решения, стремлении уклониться от решения боевой задачи, бездеятельности из-за ступора в мыслях, ожидания помощи, которой не предвидится.

Подводя итог рассмотрению боевого стресса, следует отметить, что военный психолог должен знать закономерности его проявления у военнослужащих и у себя самого. Он должен знать, что:

1. Боевой стресс накладывает существенный отпечаток на все стороны психической деятельности и поведение воинов.

2. Военнослужащие различным образом реагируют на боевые стресс-факторы. Необходимо глубокое знание индивидуально-психологических и личностных качеств и возможностей военнослужащих и всего спектра возможных поведенческих проявлений воинов в обстановке стресса.

3. Необходимым осуществлять целесообразную расстановку воинов по типам и этапам выполнения боевых задач с учетом их психологических возможностей.

2.2. Функции, факторы и виды страха в бою

Важнейшим эмоциональным коррелятом боевого стресса выступает страх.

Известный военный теоретик и эмпирический психолог Карл фон Клаузевиц, характеризуя войну, подчеркивал, что главной ее стихией является опасность[1]. Реакция на опасность, страх, – неизбежный атрибут войны, оказывающий влияние на все стороны боевой деятельности военнослужащих. Одним из последствий такого влияния является существенное снижение боевой эффективности бойцов, прежде всего точности огневого поражения противника. Изучение показывает, что из-за страха эффективность

---

[1] См.: *Клаузевиц К. фон*. О войне : в 2 т. М. : АСТ, 2002. Т. 1.

огня в бою просто ничтожна. В Первую мировую войну на поражение одного солдата противника расходовалось 2,5–5 тыс. патронов, во Вторую мировую войну – 10 тыс., в локальных военных конфликтах XX в. – 50 тыс.[1], во время войны во Вьетнаме на каждую пораженную американскими солдатами цель приходилось 200 000–400 000 патронов[2].

Более драматичным последствием страха является психотравматизация участников боевых действий. О масштабах этого грозного явления можно судить по отношению числа психологических потерь к количеству раненых. Наиболее полная статистика такого соотношения имеется в армии США, где в годы Первой мировой войны соотношение было примерно 10 : 100, – Второй мировой войны – 36 : 100. По данным Р. Габриэля, во время Второй мировой войны американские войска потеряли 504 тыс. человек в результате психических расстройств на поле боя. Такого количества личного состава вполне достаточно для формирования 50 боевых дивизий. В арабо-израильской войне 1973 г. почти одна треть потерь израильтян была вызвана психологическими причинами. Примерно тоже самое наблюдалось в египетских войсках. При вторжении израильтян в Ливан в 1982 г. количество потерь от психических расстройств уже в два раза превысило количество убитых и составило 27% от общего количества раненых[3]. Во время войны во Вьетнаме психогенные потери составили уже 30% от числа участников боевых действий. В ходе боевых действий в Ираке и Афганистане – 12–20%.

Страх и его психологические последствия обладают огромной силой заражения. По данным Долларда, опросившего сотни ветеранов Второй мировой войны, 75% из них были уверены в том, что «страх может быть инфекционным, передаваться от одного солдата к другому». В исследовании Штуффера 83% опрошенных

---

[1] См.: *Казаринов О. И.* Неизвестные лики войны. Между жизнью и смертью. М., 2005. С. 43.

[2] См.: *Макнаб К.* Психологическая подготовка подразделений специального назначения.

[3] *Габриэль Р.* Героев больше нет.

утверждали, что они наблюдали как человеческие нервы «ломаются» на фронте. 70% из 1 700 американских ветеранов, обследованных в Италии в 1944 г., показали, что их психика давала сбои при виде последствий психотравматизации другого человека[1]. История войн и военного искусства знает немало случаев, когда страх одиночных солдат обретал силу эпидемии и превращался в неудержимую панику многотысячной толпы.

Результаты ряда исследований показывают, что страх является не только следствием, но и важнейшей целью и одним из самых разрушительных средств вооруженного противоборства. Еще в начале XX в. русский боевой офицер и эмпирический психолог В. Н. Полянский (см. табл. 1) на основе анализа сражений предшествующих веков установил, что победа и поражение в бою в решающей степени определяются причинами психологического порядка. Достаточно, по его мнению, в среднем вывести из строя физически 17–20% личного состава противника, чтобы заставить живых бойцов отказаться от продолжения боевых действий. Остальные 80% терпят чисто психологическое поражение. Из этого Полянский сделал вывод, что цель боя – «не обязательно убить, но обязательно – устрашить»[2].

Таблица 1

Страх как фактор достижения победы над противником

Войны	Факторы достижения победы	
	физическое уничтожение противника	психологическое подавление (устрашение) противника
Войны XVIII–XIX вв. (*В. Н. Полянский*)	20%	80%
Крупнейшие сражения XX в.	6%	94%

[1] *Horn B.* The worm revisited: An examination of fear and courage in combat. URL : http://www.journal.dnd.ca/vo5/no2/doc/leadership-direction-eng.pdf (дата обращения: 25.10. 2015).

[2] *Полянский В. Н.* Моральный элемент в области фортификации. СПб., 1910. С. 53–54.

Из табл. 1 видно, что в XX в. порог «моральной упругости», то есть способности продолжать сражаться, несмотря на боевые потери, снизился более чем в 2 раза. По результатам исследований группы американских специалистов 80 крупнейших боевых событий XX в. установлено, что сегодня войска в среднем терпят психологическое поражение уже при физических потерях, равных 6% личного состава. Неслучайно отечественная военно-психологическая наука с первых шагов своего самостоятельного развития была убеждена в том, что «подготовить бой, подготовить наступление – равносильно понятию подорвать, расшатать, убить психические силы противника»[1].

На протяжении длительного времени страх трактовался военными теоретиками и практиками как однозначно негативная эмоция. Исходя из такой позиции, предлагалось «бороться» со страхом, «побеждать» страх, «преодолевать и пресекать» его. Как показывает приведенная выше статистика, такая позиция оказалась необоснованной, а предпринимавшиеся на ее основе попытки победить страх оказались несостоятельными.

Задача современной военной психологии видится не в том, чтобы «пригвоздить» страх к столбу позора, а в том, чтобы предложить бойцу реальные способы и средства, позволяющие эффективно действовать в опасной обстановке, превратить страх из «пут» и «оков» участника боевых действий в его боевой психологический ресурс.

Для этого прежде всего необходимо познать страх (выявить его природу, факторы, катализаторы, виды, функции, симптомы и динамику проявления в боевой обстановке), принять его (признать его в качестве атрибута экстремальной деятельности) и рационально использовать порождаемую им энергию.

Изучение *природы* страха позволяет утверждать, что страх в бою – это не удел трусов, а «нормальная, неизбежная, полезная реакция на опасность, как сигнал опасности, производящийся человеческим организмом при обнаружении признаков опасности в

---

[1] *Корф Н. А.* О воспитании воли военачальников // Общество ревнителей военных знаний. 1906. Кн. 1. С. 163, 246.

окружающем мире»[1]. О «нормальности» страха свидетельствует его фактическая всеобщность. Сегодня уже хорошо известно, что среди психически и соматически нормальных людей нет абсолютно бесстрашных.

Исследования, проведенные в годы Второй мировой войны группой американских психологов под руководством Э. Боринга, показали, что 90% опрошенных участников боевых действий испытывают выраженный страх[2]. Было установлено, что страх в бою захватывает воинов «целиком», отражаясь в соматической, физиологической, психологической сферах. Более 50% воинов, переживающих страх, испытывают слабость, тошноту, каждый десятый – неконтролируемое мочеиспускание или понос[3].

Аналогичные данные были получены в 1944 г. психологической службой ВВС США. П. Мокор, анализируя полученную в исследовании статистику, отмечает, что из 4 500 опрошенных летчиков, штурманов, стрелков-радистов, участвовавших в боевых действиях в Англии, на Средиземном море, на Тихом океане, 99% заявили, что во время боевых действий испытывали страх. Более 33% опрошенных офицеров и 42% солдат переживали страх во время каждого вылета, а порядка 62% офицеров и 71% солдат – в половине вылетов[4].

На многих участников боевых действий страх оказывает дезорганизующее и нередко парализующее влияние. В годы Второй мировой войны в течение нескольких лет группой специалистов под руководством С. Л. А. Маршалла на предмет изучения страха обследовались тысячи американских солдат и офицеров из четырехсот пехотных рот. Методами опроса, перекрестной проверки,

---

[1] *Horn B.* Указ. соч. URL : http://www.journal.dnd.ca/vo5/no2/doc/leadership-direction-eng.pdf (дата обращения: 25.10.2015).

[2] 10% опрошенных затруднились оценить свое отношение. Есть немало свидетельств тому, что среди них подавляющее большинство составляют те, кто стесняются признаться в переживании страха.

[3] *Боринг Э.* Психология для Вооруженных Сил. Вашингтон : Гарвардский университет, 1943.

[4] *Мокор П. Х.* Военная психология и реальность боя // Современная буржуазная военная психология. С. 58–59.

очной ставки, свидетельских показаний выявлялась степень участия военнослужащих в бою. Результаты этого исследования показали, что «из бойцов, которые в каждый момент боевых действий могут и должны пускать в ход вверенное им оружие, всего 15% ведут огонь по неприятельским позициям. Если к этой ничтожной части непосредственно действующих бойцов присоединить тех, кто проявляет какую-либо личную инициативу... то процент реальных участников боя может быть доведен до 25%»[1]. То есть полезное участие в бою принимает лишь один боец из четырех.

Признание естественности страха позволяет элиминировать один из самых распространенных на войне страхов – страх струсить на поле боя и подвести своих боевых товарищей, то есть «страх перед страхом».

Важнейшим моментом познания страха является выяснение его *функций*. Собственно широкая распространенность страха в боевой обстановке связана с тем, что «в идеале» он выполняет чрезвычайно полезные функции. Во многом именно благодаря страху человек способен превратиться в настоящего воина. В табл. 2 отражены важнейшие функции страха, обеспечивающие это превращение[2]. В частности видно, что страх в максимальной степени мобилизует все организмические ресурсы, физическую, нервную и психическую энергию человека. Он делает человека менее уязвимым от боли, ранения, неблагоприятных обстоятельств боя. Мотивация выживания в обстановке страха смерти и боли является мощнейшим двигателем активности. Страх – это «ядерный» реактор в душе человека, одно из самых ресурсных и высокоэнергетических состояний воина. Некоторые специалисты сравнивают его с высокооктановым топливом, способным мгновенно «разгонять» организм и психику человека до огромных «скоростей» функционирования.

---

[1] *Маршалл С. Л. А.* Американцы в бою // Офицер вооруженных сил : пер. с англ. Вашингтон, 1991. С. 50.

[2] *Караяни А. Г, Сыромятников И. В.* Введение в профессию военного психолога; URL : http://en.wikipedia.org/wiki/Combat_stress_reaction (дата обращения: 20.10.2015).

Таблица 2

Функции страха в бою

№ п/п	Феномены страха	Функции
1.	Тревога, выделение в кровь адреналина и норадреналина	Приведение в состояние бдительности, боевой настороженности
2.	Повышение частоты сердцебиений, перераспределение кровотока (от внутренних органов к скелетным мышцам)	Лучшее снабжение мышц энергией для осуществления адаптивной реакции «бей или беги»
3.	Увеличение объема легких и уровня дыхания	Увеличение объема кислорода, поступающего в кровь для питания мышц энергией
4.	Увеличение сахара в крови	Получение «топлива» для быстрой энергии, необходимой для «аварийный» активности
5.	Отток крови от внутренних органов, кожи, «перчаточно-носочной» зоны. Сгущение крови	Предупреждение больших кровопотерь в случае ранения или травмы
6.	Выделение в кровь опиатов	Обеспечение тотального обезболивания организма в случае ранения или травмы
7.	Усиленное потовыделение, появление эффекта «гусиной кожи»	Сохранение температурного баланса в организме
8.	Повышение температуры тела	Подавление патогенных процессов в организме в случае ранения, травмы, заболевания

«Пробуксовка» или срыв любой из перечисленных выше функций страха чреваты снижением или утратой боевых возможностей воина. В этом случае воин лишается той или иной «страховки» и оказывается «незастрахованным» от тех или иных угроз. Если воин не осваивает энергию страха, то страх становится дезорганизующими, парализующим, болезненным и разрушительным психическим состоянием.

Чтобы устранить возникшее противоречие между высоко адаптивными, энергетическими, мобилизующими свойствами страха и его деморализующим и дезорганизующим эффектом, специалисты выделили «контролируемый» и «неконтролируемый» *виды* страха.

Контролируемый страх обладает силой побуждать человека к полезным действиям. Неконтролируемый страх является разрушительным. Когда страх слишком слаб, люди становятся беззаботными и подвергают себя и других необоснованному риску и опасности. Когда он превышает определенные пороги, обретает силу побуждать человека к бессмысленной панике, которая подвергает опасности его жизнь и жизнь боевых товарищей[1].

Для того чтобы овладеть страхом, необходимо познать его главные *факторы*. В литературе можно встретить десятки боевых обстоятельств, трактуемых авторами как факторы страха. На воина в бою воздействуют огромное количество различных стимулов, среди которых: вспышки взрывов и выстрелов, «фонтанчики» от пуль, пролеты самолетов (вертолетов), перемещение боевой техники, движение противника, перемещение сослуживцев, горящие техника и строения, ранение и гибель сослуживцев, спасительные укрытия, звуки выстрелов и взрывов, крики раненых, команды командиров, крики сослуживцев, крики (боевые кличи) противника, вибрация земли, свист пуль, шелест снарядов, ракетницы, холод, жара, резь глаз от дыма, запах гари, тепло, вкус крови, дрожь тела, «мурашки» по телу, неприятные телесные ощущения, сухость во рту, всплывающие воспоминания, вид трупов, мысли, жар от пожаров, стук собственного сердца, болевые ощущения, апноэ, ощущение усталости и др.[2]

Безусловно, многие из перечисленных стимулов весьма неблагоприятно сказываются на психическом состоянии участников боя, однако далеко не все из них «страхородны». Сегодня специалисты выделяют в качестве основных три фактора (причины, движущей силы) страха: неизвестность, неожиданность, чувство беспомощности.

---

[1] *Horn B.* The worm revisited: An examination of fear and courage in combat. URL : http://www.journal.dnd.ca/vo5/no2/doc/leadership-direction-eng.pdf (дата обращения: 25.10.2015).

[2] См.: *Макнаб К.* Психологическая подготовка подразделений специального назначения.

Народная мудрость, боевой опыт великих полководцев отразили эти факторы в виде своеобразных формул: «чего не знаю, того боюсь», «предупрежден, значит вооружен», «удивил, значит победил», «деньги потерял – ничего не потерял; друга потерял – половину потерял; веру потерял – всё потерял».

В свое время еще И. П. Павлов указывал на то, что не сила стимула, а его новизна вызывает охранительную реакцию. Это обстоятельство хорошо иллюстрируется с помощью информационной теории П. В. Симонова. Автор теории доказывает, что для удовлетворения актуальной в каждый момент времени потребности человек должен совершать вполне определенные действия, поэтому ему нужна информация о предметах и условиях, удовлетворяющих эту потребность. Эти положения П. В. Симонов облек в своеобразную формулу: Э = П (Ис – Ин), где Э – эмоция, ее сила и знак, П – сила и качество актуальной потребности, Ин – информация о средствах, прогностически необходимых для удовлетворения существующей потребности, Ис – информация о средствах, которыми человек располагает в данный момент. Из данной формулы видно, что если Ис равна или больше Ин, то эмоциональная реакция будет положительной или нейтральной. Чем меньше будет Ис по сравнению с Ин, тем сильнее будет выражена негативная эмоция. Эмоции будут сильнее выражены и тогда, когда потребность, удовлетворяемая деятельностью, остра[1].

Действие данной формулы можно проследить на следующем примере. Группе военнослужащих предстоит действовать в тылу противника. Потребность в решении боевой задачи и знании обстоятельств ее выполнения очень высока. Следовательно, военнослужащие должны хорошо знать особенности тактики действий, психологии и уровень боевой выучки противника, конкретные характеристики местности, порядок, силы и средства выполнения задачи. Если эти знания достаточны для эффективной деятельности, негативных эмоций у воинов не возникает. Если же информации недостаточно, то у воинов могут возникать беспокойство, тревога и страх. Кроме индивидуального страха, в условиях не-

[1] См.: *Симонов П. В.* Мотивированный мозг. М. : Наука, 1987.

хватки информации могут возникать «слухи-пугала», способствующие порождению групповой паники[1].

Таким образом, страх – это сигнал о недостатке важной информации для выполнения боевой задачи и побуждение воина к ее поиску. Не случайно в ряде исследований отечественных[2] и зарубежных[3] психологов отмечается, что солдаты больше всего боятся врага, которого они не могут видеть. Незримый враг кажется сильнее, наделяется не присущими ему качествами. Этот феномен зафиксирован в знаменитых суворовских афоризмах: «удивить – значит победить», «у страха глаза велики». Специалисты указывают на то, что быть удивленным врагом – значит утратить средства контроля над страхом.

В. Франкл предложил несколько иную формулу, позволяющую анализировать природу и характеристики страха. Эта формула отражает характер взаимосвязи негативных переживаний и смысла деятельности: О = П – С, где О – отчаяние, П – негативное переживание, С – смысл[4]. Из этой формулы видно, что чем более осмысленна деятельность воина, тем меньше вероятность возникновения у него отчаяния даже при высоких уровнях переживания страдания, страха и т. д. Эта формула выведена на основе идеи Ф. Ницше: «Тот, кто знает, *зачем* жить, может вынести почти любое *как*».

Можно сказать, что по Франклу, страх – это сигнал о недостатке смысла деятельности. Именно высокий смысл, который вкладывали наши воины в победу в Великой Отечественной войне, способствовал развитию массового самопожертвования и

---

[1] См.: *Караяни А. Г.* Слухи как средство информационно-психологического противодействия // Психологический журнал. 2003. Т. 24. № 6. С. 47–54.

[2] *Шумков Г. Е.* Чувство тревоги как доминирующая иллюзия в период ожидания боя // Военный сборник. 1913.

[3] *Horn B.* The worm revisited: An examination of fear and courage in combat. URL : http://www.journal.dnd.ca/vo5/no2/doc/leadership-direction-eng.pdf (дата обращения: 25.10.2015).

[4] См.: *Франкл В.* Человек в поисках смысла : пер. с англ. Вашингтон, 1985.

героизма. Важность наделения смыслом участие воинов в смертельных сражениях была осознана и в других армиях. Так, Аппель и Бибе полагали, что британские солдаты были в состоянии сохранять боевую устойчивость почти в два раза дольше американских, потому что они, в отличие от американцев, «боролись за выживание»[1].

Кроме перечисленных факторов, существуют обстоятельства, усиливающие страх, то есть своеобразные *катализаторы* страха. К их числу чаще всего относят: время экспозиции факторов страха, боевая усталость, задолженность сна, чувство изолированности и одиночества воинов.

Исследование проведенное во время Второй мировой войны Аппелем и Вибе, показало, что страх становится травматическим в прямой зависимости от срока пребывания воинов в боевой обстановке. Дж. Доллард установил, что «длительное подвергание опасности не укрепляет солдата, а разрушает его ограниченные ресурсы». В ряде других исследований было показано, что у каждого солдата есть свой предел нахождения в опасной ситуации, за которым их эффективная работа в бою снижается. Даже самый сильный и выносливый человек может сломаться психологически, если его «передержать» в обстановке тотального страха[2].

Особенно негативное влияние на военнослужащих оказывает страх, вызываемый длительным (более 35–40 суток) нахождением в непосредственном боевом соприкосновении с противником.

Практика показывает, что воины имеют не только разные временные пределы сопротивления страху, но и переживают пики страха на различных этапах боя, то есть отличаются *динамикой переживания страха*. Агрель выявил, что порядка 39% военнослужащих (из 90%, признавшихся, что переживают в бою страх) испытывают максимальный страх до начала боя. Порядка 16% воинов переживают максимальный страх после боя. И лишь

---

[1] *Horn B.* The worm revisited: An examination of fear and courage in combat. URL : http://www.journal.dnd.ca/vo5/no2/doc/leadership-direction-eng.pdf (дата обращения: 25.10.2015).

[2] Там же.

36% максимально подвержены страху непосредственно в бою[1]. Из этого следует, что по крайней мере на 60% страх – это результат исключительно воображения и памяти, а не объективно существующей опасности.

Питательной почвой для страха является физическое и психологическое одиночество воина на поле боя (отсутствие возможности взаимодействовать с боевыми товарищами; страх попасть в плен или остаться на поле боя раненым и даже убитым). Именно осознание этого обстоятельства в годы Великой Отечественной войны заставило советских военных руководителей и ученых отказаться от представлений об обороне как системе изолированных друг от друга ячеек и перейти к траншейной обороне. К. К. Рокоссовский лично изучал психологическое состояние бойцов, находящихся в ячейках в ходе оборонительных боев за Смоленск и пришел к однозначному выводу, что «надо немедленно ликвидировать систему ячеек и переходить на траншеи»[2]. Переход к траншейной системе обороны позволил преодолеть чувство изолированности воина в бою, открыть простор для взаимной поддержки и взаимопомощи воинов, для действия психологических механизмов взаимного заражения, подражания, группового контроля, что способствовало повышению их устойчивости к страху.

Перечисленные выше положения позволяют определить основные направления овладения воинами страхом как психологическим ресурсом.

1. Прежде всего регуляция уровня страха может осуществляться посредством осмысления – придания ясного смысла участию воинов в боевых действиях, формирования у них широких социальных мотивов (любовь к Родине; вера в Бога, справедливость, в победу; ненависть к врагу; чувство долга и т. д.) и моти-

---

[1] См.: Эмоциональный стресс. Физиологические и психологические реакции. Медицинские, индустриальные и военные последствия стресса : пер. с англ. М. : Медицина, 1970.

[2] *Белоусов А. В., Караяни А. Г.* Отечественная психология в годы Великой Отечественной войны // Инновации в образовании. 2005. № 3. С. 128–147.

вов боевого товарищества. Осмысленная деятельность «берет» страха ровно столько, сколько его нужно, чтобы сохранить смысл деятельности.

2. Регуляция страха может достигаться посредством элиминации факторов и катализаторов страха в боевой деятельности воинов. Важнейшей задачей здесь является, как подчеркивал один из основателей отечественной военной психологии Г. Шумков[1], «…предварительное ознакомление воинов с реальными явлениями в бою – в смысле боевой деятельности и в смысле психических переживаний». Это, по его мнению, «есть предварительное накопление боевого опыта, а следовательно, и рациональная работа с вредным влиянием сильных переживаний на психику воинов при чувствах тревоги и страха».

Здесь уместно привести простой пример. Одним из самых сильных переживаний на войне является страх боли от ранения, травмы. В основе этого страха лежит незнание психофизиологической феноменологии ранения. Между тем воины, раненые в ходе боя указывают на феномен тотального обезболивания организма в процессе переживания боевого стресса. В кинофильме «Спасти рядового Райна» показан момент высадки десанта союзников, открывающих второй фронт, на побережье Франции в 1944 г. В ходе сражения один из бойцов мечется по полю боя в поисках чего-то. Вдруг он обнаруживает искомый предмет, поднимает его, зажимает подмышкой и бежит вперед. Этим предметом оказывается рука бойца, оторванная взрывом практически по плечо. В памяти ветеранов войн хранится немало историй о том, что нередко воины обнаруживали у себя ранения (иногда неоднократные) лишь после боя.

Рассказы воинам таких историй выполняют практически ту же функцию, что и специальная психологическая технология «Систематическая десенсибилизация». Ее суть состоит в том, чтобы мысленно проходить по «лестнице» страхов в безопасной обстановке, в условиях соматической релаксации. Страх и релакса-

---

[1] *Шумков Г. Е.* Чувство тревоги как доминирующая иллюзия в период ожидания боя // Военный сборник. 1913.

ция – антагонисты и не могут существовать одновременно. У воинов формируется привычка думать о ранении без страха боли.

Учитывая ограниченность человеческих возможностей сопротивляться неблагоприятным факторам, необходимо следить за тем, чтобы не передерживать воинов в жизнеопасной обстановке. Практика показывает, что устойчивость военнослужащих к страху значительно увеличивается, если они изначально осведомлены о продолжительности своего участия в боевых действиях и сроках возвращения в пункты постоянной дислокации.

3. Для того, чтобы управлять страхом, необходимо уметь своевременно распознавать его основные симптомы (см. табл. 3)[1] и «включать» психологические механизмы эффективного задействования или регуляции страха.

Таблица 3

Симптомы страха

СИМПТОМЫ СТРАХА		
Автоматические реакции	Психологические реакции	Чрезвычайные реакции
Дрожь	Неспособность принимать решения	Неконтролируемые агрессия и гнев
Учащенное сердцебиение и дыхание	Сосредоточенность на второстепенных деталях	Замирание под огнем
Иррациональный смех	Нехватка уверенности	
Чрезмерное потение	Расстройство дисциплины	
Сухость во рту	Расстройство взаимоотношений воинов	
«Шевеление» волос	Отчаяние	
Ощущение «гусиной кожи»		
Побледнение (пожелтение) лица		

[1] См.: *Караяни А. Г, Сыромятников И. В.* Введение в профессию военного психолога; URL : http://en.wikipedia.org/wiki/Combat_stress_reaction (дата обращения: 20.10.2015) ; *Шумков Г. Е.* Чувство тревоги как доминирующая иллюзия в период ожидания боя // Военный сборник. 1913.

СИМПТОМЫ СТРАХА		
Автоматические реакции	Психологические реакции	Чрезвычайные реакции
Повышение температуры тела		
Туннельное зрение		
Слуховые исключения		
Реакция «бей или беги»		

Чем раньше будут обнаружены симптомы страха, тем больше возможностей довести его до оптимального уровня. Для этого могут быть использованы приемы экстренной психологической саморегуляции, в основе которых лежат мышечная релаксация, изменение тонуса дыхания, плацебо-технологии типа «рефлекторного закрепления психических состояний». Накапливаемые в процессе жизни и фиксируемые с помощью специальных якорей проактивные состояния могут мгновенно воспроизводиться в опасной ситуации при активации якоря.

4. Представляется, что определенный потенциал регуляции страха содержится в психологических механизмах метода парадоксальной интенции[1]. «Планирование» моментов возникновения страха на этапах боя, стремление «обнаружить» и «почувствовать» его, могут существенно снизить его. Полученный в этом случае эффект можно обозначить как «эффект комнаты страха». Когда посетители комнаты страха входят в нее, с воображением, воспаленным рассказами тех, кто был в ней раньше, и ожидают, что «вот сейчас выскочит ведьма», а «сейчас появится мертвец» и т. п., страха не возникает. Этот эффект проявляется сильнее тогда, когда ожидания облекаются в юмористическую форму.

Желание страха уничтожает страх, подобно тому, как желание боли элиминирует боль. Известно, что на нашей планете значительное количество людей ищут боль и наслаждаются ею. Например, в Индии проживают целые семьи и кланы, в культуру которых входит ритуальное самоистязание. В этом пристрастии есть

---

[1] См.: *Симонов П. В.* Мотивированный мозг.

полезное зерно. Она доказывает то, что человек может не просто привыкать к крайне неприятным переживаниям, а принимать и даже желать их. Не случайно в последнее время специалисты сходятся на том, что подобные психологические механизмы могут быть целенаправленно использованы для преодоления страха.

Совсем недавно люди поняли, что не следует сразу же сбивать температуру при инфекционных заболеваниях, так как она убивает болезнетворных микробов. Воинам предстоит научиться «не сбивать» страх вплоть до его критических значений.

5. Наиболее перспективным направлением исследования страха и способов его интеграции в боевую деятельность представляется произвольная трансформация страха в проактивные эмоции (гнев, ненависть, злость). Такой переход может осуществляться с помощью «раскачивающих» («нагнетающих», «помповых») технологий использования страха, заключающихся в сознательном и управляемом мощном нагнетании страха и резком выбросе его энергии в конкретное действие в виде гнева.

Почти 70 лет назад участник более 100 сражений и боев Великой Отечественной войны Б. Момыш-Улы подчеркивал: «инстинкт самосохранения имеет две стороны. Первая – человек бежит с целью самосохранения, вторая – человек с этой же целью нападает и защищается… Эту вторую сторону в человеке нужно развивать, так как она толкает на защиту, на нападение. Самосохранение – это благородная черта не только человека, но и всего живого. Вот почему это чувство является первородным двигателем в бою»[1].

Таким образом, страх – естественная и полезная реакция воина на опасность, неизвестность и внезапность боевой обстановки. Страх – одна из самых «энергоемких» эмоций человека. Выполнив свою главную, сигнальную, функцию, он становится дисфункциональным и дезорганизующим деятельность. Задача состоит не в том, чтобы «уничтожить» страх, а в том, чтобы подчинить его своей власти и превратить в ресурс боевой деятельности.

---

[1] *Момышулы Б.* Психология войны. С. 19.

Более ста лет назад, осмысляя уроки Русско-японской войны (1904–1905 гг.), Г. Шумков подчеркивал, что военная психология лишь тогда станет наукой, полезной командиру, когда она укажет пути повышения боевых возможностей своих войск и понижения боевых сил противника. Страх, как представляется, – одно из главных явлений, познание которого позволит военной психологии доказать свою состоятельность.

2.3. Болевые ощущения у раненых

Боль выполняет важнейшие функции в жизни каждого человека. Ее не зря называют «сторожевым псом» организма, так как она быстро обнаруживает различные нарушения в деятельности систем организма и подает человеку сигнал об опасности, который трудно не заметить и игнорировать. Люди с врожденной неспособностью ощущать боль, страдают от серьезных травм, а порой погибают от незначительных заболеваний (например, аппендицита)[1].

Наряду с сигнально-предупредительной функцией боль выполняет функцию регуляции важнейших сторон жизнедеятельности человека путем ограничения нежелательных для организма видов активности. Боль является прекрасным учителем: без нее формирование многих наших умений и навыков требовало бы гораздо больше времени и не было бы столь успешным. Особенно высока ее роль при обучении методом «проб и ошибок». Боль – хороший воспитатель. Сильный характер вряд ли может сформироваться без того, чтобы познать, научиться ценить и преодолевать боль. Без познания боли трудно научиться соболезновать и жалеть. Боль – это суровый палач, карающий нас за ошибки, грехи, чрезмерную любовь или презрение к себе.

Наверное, можно было бы петь бесконечную хвалу боли, если бы она не давалась человеку в форме страдания и не терзала людей после того, как выполнила свои полезные функции.

---

[1] См.: *Караяни А. Г.* Приемы психической саморегуляции : практическое пособие для телохранителей. М., 1993.

Боль – неизбежный, явно выраженный и чрезвычайно важный элемент переживания боевой травмы и последующей инвалидизации. Болевые ощущения в той или иной степени испытывают практически все соматически и психически здоровые участники боевых действий, подвергшихся ранениям или травматизации. Именно через призму болевых ощущений пострадавшие часто воспринимают и оценивают масштабы наступивших неблагоприятных последствий. Боль существенно драматизирует переживания инвалида, порождает беспокойство, тревогу, подверженность деморализующим слухам[1], страх[2], влияет на формирование его Я-концепции, создает барьеры в социальном функционировании[3], способствует социальной дезадаптации и дезинтеграции. Известно, что разные типы боли оказывают различное влияние на психическое состояние и поведение людей и требуют особых подходов к их купированию и преодолению.

В ходе боевых действий в Афганистане и Чечне десятки тысяч наших военнослужащих были ранены. Сегодня в России насчитывается около 12 тысяч ветеранов боевых действий в Афганистане и Чеченской республике, ставших инвалидами вследствие боевой травматизации[4]. В связи с этим весьма важным является выяснение сущности, структуры и типологии болевых ощущений раненых военнослужащих и инвалидов боевых действий.

Анализ литературы, посвященной боли, показывает, что в настоящее время нет достаточно удовлетворительного определения боли. Чаще всего она определяется как «физическое или эмоцио-

---

[1] См.: *Караяни А. Г.* Слухи как средство информационно-психологического противодействия // Психологический журнал. 2003. Т. 24. № 6. С. 47–54.

[2] См.: *Караяни А. Г.* Психологическая феноменология страха в бою // Психология страха // Материалы межрегиональной научно-практической конференции психологов силовых структур (Москва, 16 апреля 2014 г.). М. : ВУ, 2014. С. 59–67.

[3] См.: *Караяни А. Г., Волобуева Ю. М., Дубяга В. Ф.* Социально-психологическая интеграция в российское общество инвалидов боевых действий : монография. М., 2007. С. 34–40.

[4] См. там же.

нальное страдание», «мучительное или неприятное ощущение». Международной ассоциацией по изучению боли (The International Association for the Study of Pain (IASP) дается следующее определение: «Боль – неприятное сенсорное или эмоциональное переживание, связанное с истинным или потенциальным повреждением ткани или описываемое в терминах такого повреждения». Из действующих сегодня определений трудно понять существуют ли отдельно сенсорная и эмоциональная боль, является ли боль эмоцией или эмоция – это реакция на боль и т. д.

Исходя из имеющихся определений, в структуре боли можно выделить своеобразные компоненты:

1. Ноцицептивный (восприятие и передача болевого сигнала, неприятное сенсорное ощущение, связанное с реальным или предполагаемым повреждением организма).

2. Аффективный (эмоциональное переживание этого ощущения).

3. Реактивный (стрессовая реакция на это ощущение, сопровождающаяся мобилизацией организмических ресурсов для защиты от неблагоприятного воздействия, рефлекторное изменение функций внутренних органов, двигательные безусловные рефлексы).

Однако и данное выше определение и перечисленные составляющие боли вряд ли могут считаться достаточными.

Изучение 28 случаев ранений, полученных военнослужащими в боевой обстановке, а также гражданскими лицами в зоне боевых действий и других экстремальных событий, показывает, что в пылу активных действий раненые могут не испытывать болевых ощущений, достаточных для того, чтобы идентифицировать ранение.

Вот как описывает свои ощущения один из воинов, принимавших участие в боевых действиях в Чеченской республике: «Мы атаковали противника, укрываясь за боевой машиной. Огонь боевиков был просто ураганным. Особенно опасным было то, что боевики научились стрелять под днище БМП, так, чтобы пули рикошетом попадали в нас. Вдруг я споткнулся и упал. Я быстро вскочил и бросился вперед, но упал снова. Глянул на землю, вроде цепляться не за что. Быстро поднялся, сделал шаг вперед и

упал вновь. И тут, взглянув на ногу, я увидел, что она перебита. В это же время я почувствовал сильную боль и страх».

Многие из раненых воинов вспоминают, что ранение в пылу боевой работы воспринимается как несильный удар палкой или камнем. Но таких ударов в бою много. Поэтому нередко воины просто не обращают на них внимания[1].

Аналогичная реакция на ранение (травму) отмечается в экстремальных условиях, не связанных с боевой обстановкой. Так, 27 апреля 2009 г. майор милиции Д. Евсюков учинил кровавую бойню в универмаге «Остров» на юге Москвы, убив двух человек и ранив шестерых. Одна из пострадавших в этой драме описывает свои ощущения примерно так: «Он выстрелил в мою сторону. Я вырвалась и выбежала на улицу. Пыталась обратиться к людям, но они почему-то шарахались от меня. Случайно наткнулась взглядом на зеркало заднего вида автобуса и ужаснулась. На меня смотрел окровавленный человек со страшной раной в области челюсти». Оказалось, что пуля, выпущенная преступником, прошла навылет через щеку пострадавшей, но она даже не почувствовала боли.

Другой пример – из военных событий в Украине. 9 мая 2014 г. в центре Славянска получил тяжелые огнестрельные ранения двенадцатилетний мальчик, гулявший во дворе одного из домов вблизи цветочного рынка. Подросток рассказывает, что внезапно почувствовал толчок в грудь. Он направился домой, где родители обнаружили, что подросток получил два тяжелых проникающих ранения осколками в область сердца и в плечо. Увидев раны и кровь, мальчик почувствовал сильную боль.

Таким образом, в экстремальной обстановке, когда внимание человека сосредоточено на преодолении опасности, воздействие травмирующего стимула на болевые рецепторы недостаточно, чтобы вызвать боль. Между болевым воздействием и ощущением боли есть определенные переменные.

Некоторые специалисты объясняют «анестезию», возникающую в экстремальных условиях исключительно работой «внут-

---

[1] См.: *Караяни А. Г., Сыромятников И. В.* Введение в профессию военного психолога.

ренней аптеки организма», из которой в кровь направляются гормоны опиатной группы – эндорфины (эндогенные морфины)[1]. Подчеркивая важную роль эндорфинов в естественной анестезии поврежденных тканей, необходимо подчеркнуть, что ссылка на эти гормоны не может объяснить, почему их обезболивающий эффект прекращается сразу, как только человек осознает факт ранения (травмы).

О наличии некой переменной между болевым стимулом и переживанием говорят различные традиции и практики снижения болевых ощущений (инициация юношей в различных культурах) и достижения наслаждения путем воздействия на болевые рецепторы (мазохизм, самоистязание на религиозной почве, самоповреждения без клинических причин, самобичевание (флагеллантство) и др.).

В русле наших рассуждений важным является фиксация того обстоятельства, что болевое ощущение может возникать в результате воспоминаний о травме или представлений о возможном болевом воздействии. Вот какое живое описание дает по этому поводу один из участников боевых действий. «Кроме страха смерти в бою, есть еще страх ранения. Стоит прислушаться в бою к пулям – и уже закрался страх. Уже провожаешь каждую пулю тревожною мыслью: «Эта в живот… Эта в ногу… Ой, как будет больно…»[2].

Если выводы из проведенного логического эксперимента верны, то боль непосредственно не связана с воздействием повреждающего стимула на болевые рецепторы, с действием гормональной системы и проявляется лишь тогда, когда информация о повреждении и опасности для жизни осознается пострадавшим.

Из перечисленных выше положений можно сделать следующие выводы:

1) воздействие патогенного стимула на болевые рецепторы не является обязательным условием для возникновения болевого ощущения;

---

[1] См.: *Блум Ф., Лейзерсон А., Хофстедтер Л.* Мозг, разум и поведение. М. : Мир, 1988.

[2] *Краснов П.* Душа армии. Очерки по военной психологии. Берлин, 1927 // Душа армии / под ред. А. С. Савинкина. М. : ВУ, 1998. С. 78.

2) болевое ощущение возникает в ответ на осознание человеком угрозы повреждения организма. То есть важнейшей составляющей боли наряду с сенсорной и эмоциональной является ее когнитивная сторона – когнитивный (информационный) компонент.

Это позволяет нам определить **боль** как мучительное переживание человеком информации о резко выраженном реальном или возможном (в прошлом или будущем) организмическом или личностном неблагополучии.

Важность информационной составляющей боли косвенно доказывается, во-первых, существенными культурологическими переменными (этнокультурный образ боли и стиль отношения к боли и переживанию боли) и, во-вторых, многочисленными практиками немедикаментозного обезболивания, существующими в различных психологических традициях. В этих практиках для купирования болевого ощущения используются методики изменения образа боли, вытеснения образа боли на периферию сознания и т. п.

Информационный подход к пониманию боли был применен при изучении болевых ощущений, испытуемых инвалидами боевых действий.

В исследовании принимали участие 124 инвалида боевых действий, получивших боевые травмы в Афганистане и Чечне. Среди них – инвалиды с ампутацией ног, рук, травмами глаз, позвоночника и другими травмами.

Обследуемым в ходе выполнения плановых процедур психореабилитационного тренинга было предложено нарисовать образ испытываемой ими боли. Было получено 124 рисунка. Некоторые из них представлены на рис. 1[1].

Данные рисунки образов переживаемых болей явились проективным материалом для выражения инвалидами собственных болевых ощущений. Рисунки подробно обсуждались в процессе групповой дискуссии. Последующий анализ рисунков и видеозаписей их обсуждения позволил сделать следующие выводы.

---

[1] См.: *Волобуева Ю. М.* Социально-психологическая коррекция Я-концепции инвалидов боевых действий : дис. … канд. псих. наук. М., 2009.

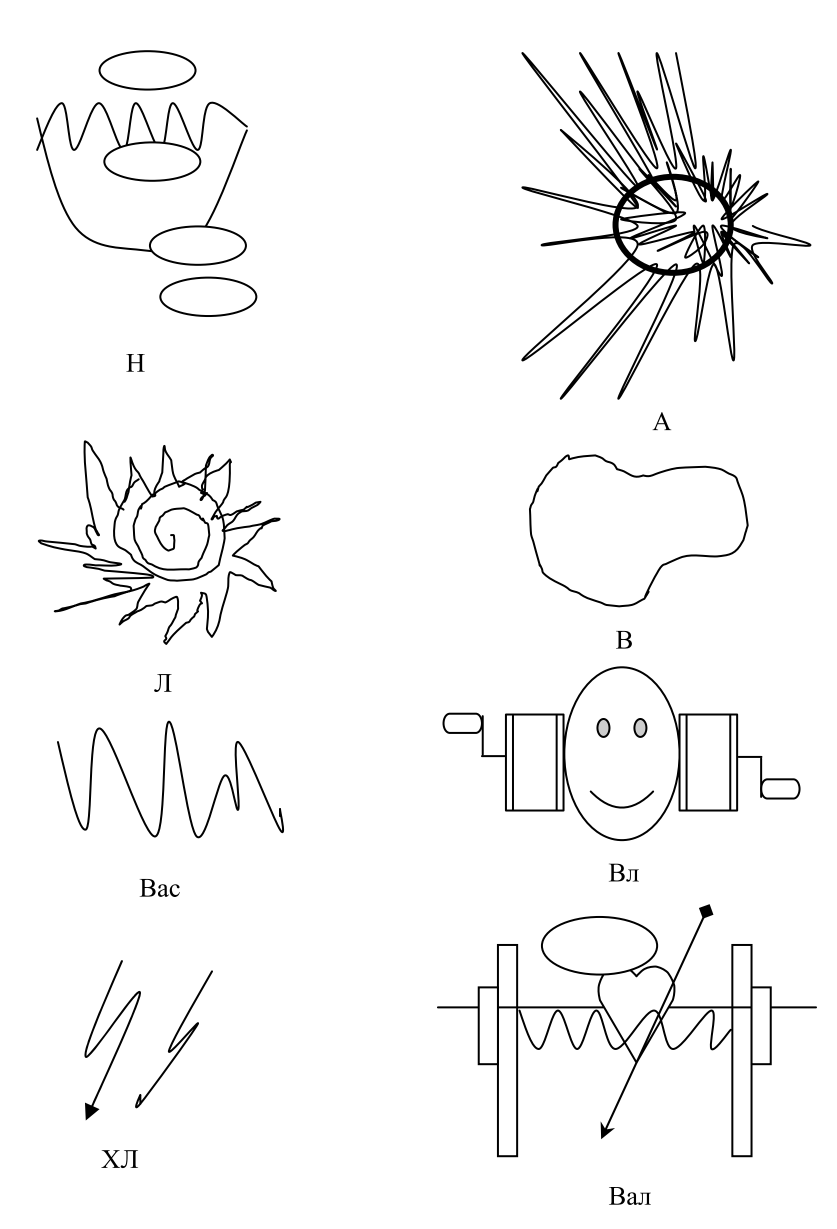

Рис. 1. Образы боли у инвалидов боевых действий
(Н, А, Л, В, Вас, Вл, ХЛ, Вал)

Во-первых, боль является значимым компонентом переживания инвалидности. 100% участников заявили о том, что испытывали выраженные болевые ощущения на протяжении длительного времени после полученной травмы. По длительности переживания эти боли можно разделить на *острые* и *хронические*. Острая боль переживается пострадавшими как кратковременное болевое ощущение. Хроническая боль – болевое ощущение, проявляющееся на протяжении 3-х и более месяцев. Значительная часть инвалидов боевых действий продолжает периодически испытывать боль, связанную с травмой, спустя 15 и более лет после ранения.

Во-вторых, болевые ощущения инвалидов имеют разную природу. По источнику болевого ощущения выделяются боли:

а) реальные (физические), вызываемые патогенным процессом (травмированием, воспалением, натертостью и т. д.);

б) фантомные, порождаемые спецификой работы физиологического аппарата, обслуживавшего ампутированную конечность;

в) психогенные, вызванные действием психоэмоциональных и социальных личностно значимых факторов (воспоминаниями или представлениями о неблагополучии в организме и социальном функционировании личности).

На наличие фантомных болей указали около 60% обследуемых с ампутацией конечностей, а на переживание психогенных болей – порядка 20%. Это согласуется с данными, полученными А. С. Султановой о том, что фантомные ощущения возникают у большинства инвалидов с ампутацией. Примерно в 80% случаев они проявляются сразу же после потери конечности и длятся от нескольких месяцев до трех лет. Однако иногда они беспокоят инвалидов на протяжении десятилетий[1].

В-третьих, болевые ощущения у инвалидов боевых действий манифестируются в многообразных формах и могут быть классифицированы по двум основаниям: по характеру болевого ощуще-

---

[1] См.: *Султанова А. С.* Особенности образа тела у раненых с фантомно-болевым синдромом при ампутации конечностей // Психология телесности. М. : АСТ, 2005. С. 283.

ния, «динамичность-стабильность», по времени и по источнику проявления болевого ощущения.

Выше было показано, что по времени проявления боли делятся на острые и хронические, а по источнику боли – на реальные, фантомные и психогенные. Типология болей инвалидов боевых действий по характеру болевого ощущения представлена в табл. 4.

Таблица 4

Типы болей по характеру болевого ощущения

№ п/п	Типы болей	
	Острая боль	Тупая боль
1.	*Колющая боль* – боль на ограниченном по площади и глубине участке пораженного органа, субъективно ощущаемая как укол	*Рассеянная боль* – боль, распределенная в значительном объеме поврежденного органа.
2.	*Режущая боль* – боль на относительно узком и протяженном участке	*Охватывающая (опоясывающая) боль* – боль, распределенная в виде кольца вокруг определенного участка или всего травмированного органа
3.	*Сверлящая боль* – болевое ощущение, субъективно воспринимаемое как проникновение штопора в пораженный участок тела	*Давящая боль* – ощущение, что на поврежденный орган осуществляется сильное давление неизвестным предметом. Сдавливающая боль – вид давящей боли, ощущаемой как давление со всех сторон внутрь поврежденного органа
4.	*Раздирающая боль* – ощущение, как будто в поврежденном органе что-то разрывается	*Распирающая боль* – ощущение, как будто внутри поврежденного органа что-то расширяется и сильно давит на окружающие ткани
5.	*Жгучая боль* – ощущение, как будто в поврежденном органе находится локальный источник экстремально высокой температуры	

Из табл. 4 видно, что опрошенные инвалиды боевых действий переживали самые разнообразные болевые ощущения, различающиеся по площади, глубине, направленности, каждая из которых способна порождать страдание.

Общий «реестр» болей инвалидов боевых действий дополняется болями, действие которых связано с определенной периодичностью проявления (табл. 5).

Таблица 5

Типы боли по основанию «динамичность–стабильность»

№ п/п	Типы болей	
	Ритмические	Стабильные
1.	*Пульсирующая боль* – болевое ощущение, нарастающее и снижающееся с определенной периодичностью, близкой к частоте сердечного пульса	Боли, ощущаемые на протяжении определенного временного периода как боли примерно одной и той же интенсивности
2.	*Простреливающая боль* – интенсивное болевое ощущение, периодически проходящее через поврежденный орган в течение короткого времени	
3.	*Ноющая (нудящая, тянущая)* боль – интенсивное болевое ощущение, периодически медленно проходящее через поврежденный орган	

По оценкам инвалидов боевых действий динамичные боли причиняют им наибольшее страдание и в меньшей степени поддаются купированию с помощью медикаментозных препаратов.

В-четвертых, для купирования болевых ощущений обследуемые инвалиды боевых действий использовали исключительно медикаментозные средства. Эффект применения обезболивающих препаратов оценивается инвалидами как кратковременный. Около 70% из них указывают на то, что у них возникает привыкание к конкретному типу обезболивающих средств, и они вынуждены вести постоянный поиск наиболее действенных препаратов.

Учитывая это обстоятельство, в ходе реабилитационного тренинга инвалиды боевых действий обучались методам немедикаментозного обезболивания. В основу подбора методов обезболивания было положено информационное представление о

боли. В соответствии с ним болевые ощущения можно купировать тремя основными путями:

- удаления информации о боли из ясного сознания;
- лишения боли статуса доминирующего объекта сознания;
- изменения образа боли.

Изучение литературы, посвященной психологическому купированию боли, позволило подобрать специальные приемы, в которых заложены психологические механизмы, позволяющие реализовать указанные пути (см. табл. 6)[1].

Таблица 6

Пути и приемы немедикаментозного обезболивания

№ п/п	Пути купирования боли	Приемы купирования боли
1.	Удаление информации о боли из ясного сознания	«Выдыхание боли»
2.	Лишение боли статуса доминирующего объекта сознания	«Перегрузка», «Контекст»
3.	Изменение образа боли	«Рисунок боли», «Образ боли»

Отмеченные в табл. 6 приемы немедикаментозного (психологического) обезболивания выполнялись следующим образом. Каждый участник должен был выполнить следующие процедуры (см. *Приложение 3*).

Прием *«Выдыхание боли»*. Занять удобное положение (стоя, сидя, лежа), расслабить основные группы мышц, установить ровное дыхание. Затем сделать короткий и энергичный вдох, представить, что у него в груди формируется облако целительных жизненных сил, к примеру, серо-голубого цвета. Далее представить болевой участок (орган) в коричнево-черном цвете. После чего сделать медленный выдох и направить целительное облако на больной орган, наблюдая, как оно обволакивает болевой участок, вырывает куски боли и выбрасывает из тела. Упражнение

[1] См.: *Караяни А. Г.* Приемы психической саморегуляции.

повторять до тех пор, пока оно не «вычистить» болящий орган и последний не приобретет естественный цвет.

Прием *«Перегрузка»*. При переживании боли необходимо начать детально описывать все находящиеся в помещении предметы, последовательно перемещаясь из угла в угол.

Прием «Контекст». При переживании боли представить обстоятельство, в котором человек перестает думать о боли. Например, при переживании болевого ощущения следует представить ситуацию чрезвычайной опасности (появление объекта, которого конкретный человек боится). Целесообразно рефлекторно закрепить («заякорить») болевое ощущение с ситуацией опасности.

Прием *«Рисунок боли»* предполагает в момент эскалации болевого ощущения как можно детальнее изобразить образ боли на бумаге. При этом нужно как бы срисовывать каждый элемент боли, подбирая соответственную цветовую гамму. Затем можно порвать и сжечь рисунок боли.

Прием *«Образ боли»* применяется в практике нейролингвистического программирования и предполагает работу с субмодальностями (качествами образа боли), то есть последовательное изменение таких качеств образа боли, как температура, цвет, «материал» от неприятных до приятных. Например, работая с «материалом» боли можно последовательно представлять ее как состоящую их металла, дерева, пластика, резины. Работая с цветом боли можно представлять ее сначала в красном цвете, затем в оранжевом, желтом, желто-зеленом и голубом. Работая с температурой боли целесообразно последовательно представлять ее пылающей, затухающей, теплой, прохладной. На последнем этапе целесообразно представить боль, например, в виде голубого прохладного резинового воздушного шарика, улетающего от болезненного места.

Психологическими механизмами, «встроенными» в перечисленные приемы и способствующими обезболиванию, являются отвлечение от болевого ощущения и плацебо-эффект.

Перечисленные выше приемы изучались в ходе реабилитационного тренинга на протяжении 6 часов (6 дней по 1 часу). Каждый участник тренинга мог выбрать метод, который в большей степени отвечает характеру испытываемых им болевых ощуще-

ний и их личностными особенностями. Этот метод рекомендовался к использованию в случае возникновения боли в течение времени проведения тренинга.

Эффективность рекомендованных приемов оценивалась методом самоотчета инвалидов с использованием 5-балльной шкалы («абсолютно устраняет боль» (5 баллов), «устраняет боль в значительной степени» (4 балла), «устраняет боль, но не в значительной степени» (3 балла), «скорее устраняет боль, чем нет» (2 балла), «не влияет на болевое ощущение» (1 балл). Результаты оценки даны на рис. 2.

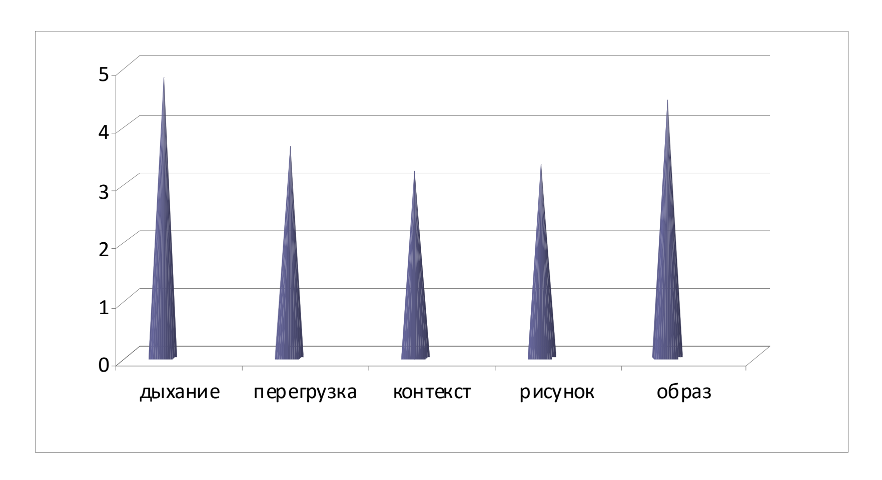

Рис. 2. Эффективность приемов психологического купирования боли

Как видно из рис. 2, все использованные приемы психологического обезболивания оказывают определенное влияние на переживание боли. При этом наибольшую эффективность показали приемы «Обезболивающее дыхание (4,8 балла) и «Образ боли» (4, 2 балла). По-видимому, это связано с тем, что эти приемы более структурированы, детализированы, в них используются более яркие образы. Все это позволяет лучше отвлечь внимание от болевого ощущения и активнее задействовать механизм плацебо.

По свидетельству инвалидов боевых действий, участвовавших в тренинге, приемы психологического обезболивания более

эффективны для купирования колющих, режущих, давящих, сжимающих, охватывающих, рассеянных, распирающих и раздирающих болей. Меньшей эффективностью они обладают относительно ноющих и тянущих болей. Наконец, они оказывают слабое влияние на пульсирующие и простреливающие боли.

Таким образом, боль представляет собой ноцицептивный, эмоциональный и когнитивный феномен. Важность когнитивной составляющей в переживании боли крайне важна. Сформировавшийся у человека под влиянием социально-культурных условий образ и отношение к боли, стиль ее переживания, образ актуальной боли, оказывают существенное влияние на интенсивность болевого ощущения.

Боль является неизбежным элементом боевой травмы. Она оказывает существенное влияние на различные аспекты переживания инвалидности. Инвалиды боевых действий переживают широкую палитру болевых ощущений, различающихся по продолжительности проявления, площади, динамике проявления. Наибольшее страдание вызывают динамичные болевые ощущения.

Наряду с медикаментозными средствами обезболивания для купирования болевых ощущений могут использоваться психологические приемы. Психологические приемы обезболивания влияют на когнитивную составляющую болевого ощущения, изменяя его от интенсивных до незначительных проявлений.

2.4. Сущность и феноменология боевой психической травмы

Как было показано выше, война является самым суровым и жестоким испытанием человеческого духа, его нравственных устоев, силы воли и тела. Можно утверждать совершенно определенно – никакая самая трагическая из известных природных и техногенных катастроф по мощи своего психологического воздействия на людей не сравнима с войной. Такая психологическая особенность войны определяется спецификой боевых стресс-факторов:

1. В них содержится реальная угроза для жизни.

2. Неизбежная необходимость непрерывно участвовать в жестоком насилии

3. Непривычность для обычного человека (отсутствие в личном опыте запаса возможных ответных реакций).

4. Многократная повторяемость и длительность действия.

5. Сочетание с тяжелым физическим и психическим утомлением, с травмами и ранениями[1].

6. Отсутствие возможностей для снятия напряжения и нивелирования нарастающей астении.

Совокупное действие такого рода факторов создает обстановку пролонгированного травматического стресса.

Известный специалист по психологическим последствиям войны Р. Габриэль подчеркивает: «История показывает, что как бы хорошо ни были подготовлены войска, какими бы слаженными ни были их действия, какими бы умелыми и знающими ни были их командиры, многие солдаты не выдерживают тех психологических нагрузок, которые наваливаются на них в ужасе боя», «находясь длительное время на поле боя, невозможно не страдать от различных психологических расстройств»[2].

Из сказанного следует, что «война имеет свои пределы, главным из которых является способность человека сохранить ясность ума и способность трезво действовать, несмотря на весь ужас окружающей обстановки»[3].

Проведенное нами изучение научной литературы по проблеме психической травмы позволило выделить в этой области по основанию «сфера травматической трансформации» шесть более или менее дифференцированных **подходов** в ее исследовании (органический, аффективный, когнитивный, психодинамический, нозологический, личностный) и констатации ее влиянии на личность и ее Я-концепцию.

Органический подход имеет давнюю историю исследования психической травмы. К его разработчикам с полным основанием можно отнести Дж. Эрикшейна (1867, 1876), Э. Лейдена (1876),

---

[1] См.: *Литвинцев С. В., Снедков Е. В., Резник А. М.* Боевая психическая травма. С. 22.

[2] *Габриэль Р.* Героев больше нет.

[3] Там же.

В. Эрба (1876, 1878), Дж. Риглера (1879), О. Шварца (1908). Такой подход трактовал психическую травму (травматический невроз) как последствие физической травмы, сотрясения и воспаления спинного мозга. Слабость этого подхода проявилась в том, что в его рамках было невозможно объяснить значительный пласт происшедших после травматического события психических расстройств, которым не предшествовало органическое повреждение.

В рассмотренном подходе ощущается отсутствие учета отношения самого человека к травматическому событию, не показаны личностные факторы психической травмы, по существу отсутствует человек, переживающий личную и личностную драму.

Ограниченность этого подхода признана довольно давно, что позволяет уйти от его более подробно рассмотрения в нашей работе.

Аффективный подход сформировался в свое время как реакция на органическую трактовку психической травмы. Сторонники этого подхода (Х. Пейдж, 1885), Ж.-М. Шарко, 1885; Г. Оппенгейм, 1889; А. Штрюмпель, 1888; Э. Крепелин, 1909; Б. Закс, 1909) в качестве важнейшего фактора формирования психической травмы выделяли испуг, тревогу, шок, переживаемые во время травматического события, нередко относили травматический невроз к истерии, к функциональным расстройствам. Однако в ряде работ этих авторов сохраняется апелляция к микротравматическим повреждениям мозга и организма в целом, как к причине травматического психического расстройства.

Аффективный подход использован военными психологами А. А. Кучером, А. В. Крохмалевым, В. А. Мисюрой и И. В. Соловьевым при анализе психологических последствий участия российских военнослужащих в боевых действиях в Чеченской республике (1994–1996). Они рассматривают психотравму как переживание большой силы, вызванное кратковременным или длительным воздействием психотравмирующих факторов боевой обстановки, приводящее к расстройствам психики различной степени тяжести. Среди важнейших психологических феноменов, составляющих общую картину травмы они выделяют: неспособность концентрировать внимание; частичная или полная амнезия; повышенная

чувствительность к шуму, свету и запаху; нарушение логики и быстроты мышления; нарушение критического восприятия боевой обстановки и своих действий; ослабление воли; зрительные и слуховые галлюцинации.

Рассматриваемый подход оказался бессильным в объяснении случаев, когда потерпевшие в процессе травматического события не испытывали явного испуга или шока или когда невротические расстройства возникали при отсутствии инцидента, и, следовательно, имеет серьезные ограничения. В рамках этого подхода личностные факторы не ставятся во главу научного исследования.

Когнитивный подход к исследованию психической травмы базируется на теории стресса Р. Лазаруса и когнитивной модели реакции страха А. Бека. По Лазарусу, психическая травма развивается по следующей траектории: 1) в ситуации стресса человек осуществляет ее первичное оценивание; 2) оценив ситуацию, он оценивает **собственные ресурсы**[*] в совладании с ситуацией (вторичное оценивание); 3) в зависимости от соотношения результатов первичного и вторичного оценивания выбирается тип копинг-стратегий (стратегий совладания со стрессовой ситуацией): а) проблемно-фокусированная стратегия (действия, направленные на преодоление ситуации); б) **эмоционально-фокусированный копинг** (действия, направленные на улучшение эмоционального состояния).

На принципе оценки степени опасности стимулов и собственных ресурсов основывается модель переживания страха, предложенная А. Беком и Г. Эмери (1985).

В рассмотренных положениях имплицитно указывается на то, что главным механизмом, от которого зависит результат воздействия на человека гиперстрессора, является его Я-концепция и в частности самооценка своих возможностей в преодолении травмирующей ситуации. Она по существу вплетена уже в сам процесс травматизации и «живет» в нем до исхода этого процесса в виде **абсолютизированного эмоционально-фокусированного копинга**.

---

[*] Здесь и далее выделение полужирным шрифтом – наше.

Как показывают результаты проведенного нами исследования, положение находит свое воплощение практически во всех современных подходах к пониманию психической травмы.

В последнее время в когнитивной психологии **психическая травма** рассматривается **как разрушение базовых когнитивных схем или базовых убеждений личности** под воздействием экстремальной ситуации. Под схемами понимаются когнитивные модели, механизмы структурирования опыта и организации поведения, содержанием которых выступают убеждения.

Убеждения, лежащие в основе схем разделяются на базовые, касающиеся себя и мира в целом, и ситуативные, касающиеся жизненных ситуаций. Базовые убеждения подвергаются изменениям только при чрезвычайных ситуациях.

Концепция психической травмы, разработанная Р. Янофф-Булман (Janoff-Bulmann,1998) стала теоретическим основанием методики «Шкала базовых убеждений». Центральным моментом этой концепции является тезис о том, что люди, как правило, структурируют свой опыт через призму внутренних убеждений о доброжелательности окружающего мира, о справедливости окружающего мира, о ценности и значимости своего Я.

Основными базовыми убеждениями являются:

1. Доброжелательность неперсонального мира – убеждение личности в том, что окружающий мир в целом – хорошее место для жизни.

2. Доброжелательность окружающих людей – убеждение в том, что окружающие люди в целом доброжелательны, заботливы и готовы прийти на помощь.

3. Справедливость – убеждение в том, что хорошие и плохие события распределяются между людьми по принципу справедливости: каждый человек получает то, что заслужил.

4. Контролируемость – убеждение в том, что человек так или иначе контролирует происходящие с ним события.

5. Случайность – убеждение в том, что все в жизни определяется случаем.

6. Самоценность – убеждение индивида в том, что он хороший и достойный человек.

7. Самоконтроль – убеждение индивида в том, что он может совершать только предсказуемые и приемлемые для общества поступки.

8. Удача – убеждение в том, что в целом данному индивиду в жизни сопутствует удача.

Психическая травма способна разрушить базовые убеждения. В одночасье индивид сталкивается с ужасом, порождаемым окружающим миром, а также с собственной уязвимостью и беспомощностью, что и выступает основным механизмом психотравматизации.

Для нашего исследования большой интерес представляет то, что из перечисленных базовых убеждений большая часть связана с представлением человека о себе, о своих возможностях и достоинствах, то есть с Я-концепцией человека. Следовательно, именно Я-концепция пострадавшего принимает на себя основной «удар» психической травмы. По-видимому, коррекция базовых убеждений должна составлять важный момент психологической помощи инвалидам боевых действий, подвергшимся психотравматизации.

Н. Г. Осухова в рамках когнитивного подхода проводит идею о том, что термин «травма», заимствованный из хирургической патологии, означает шок «со взломом». Событие и сопутствующее ему смятение как бы взламывает защитный барьер и переворачивает структуру Я. Люди, пережившие такого рода травму, переживают крушение своей личности, своего собственного отношения (разрушение иллюзий о своей неуязвимости, уверенности в стабильности окружающего мира, веры в любовь и поддержку со стороны окружающих).

Т. Грининг отмечает, что при получении психической травмы помимо физических, нервных и эмоциональных травм угрозе подвергается само право человека на жизнь, на личное благополучие. Возникает ощущение, что мир (включая людей) не оказывает значительной поддержки человеческой жизни в целом. Разрушается само представление человека о существовании. Существование включает все значимые структуры, свидетельствующие о том, что человек является ценной и жизнеспособной частью материи. В связи с этим экзистенциально-гуманистический подход к лече-

нию посттравматического стресса должен принимать во внимание утрату и обессмысливание человеческих связей.

Психодинамический подход, включающий экономический (энергетический) и информационный подходы, всесторонне разработан З. Фрейдом и его последователями. *Экономический подход* к психической травме формировался под влиянием изучения Фрейдом психических явлений, наблюдаемых у ветеранов Первой мировой войны. В работе «По ту сторону принципа наслаждения» он определяет психическую травму как прорыв гипотетического защитного покрова («щита»), который предохраняет психику от чрезмерных раздражений. Повторяющиеся у ветеранов сны о психотравмирующих событиях войны он рассматривает как проявление активности, направленной на овладение раздражением, которое вызывается полученными ранее сильными впечатлениями. Появляющееся при этом чувство боязни, по его мнению, мобилизует внутреннюю энергию, необходимую для «связывания» излишнего раздражения.

Позже Фрейдом была сделана существенная поправка к этим воззрениям. В соответствие с этой поправкой к расщеплению психики приводит не сама травмирующая ситуация, а тот устрашающий, трагический смысл, который открывается в ней для конкретного человека.

Травматическое воздействие, по Фрейду, способно оказать любое событие, вызывающее выраженное чувство ужаса, страха, стыда, душевной боли при условии восприимчивости участника травматического события, а также постепенной кумуляции мелких парциальных травм. Травмирующая ситуация может либо спровоцировать скрытую невротическую структуру, либо породить возникновение и содержание симптома.

Подобно чужеродному телу, проникая вовнутрь организма, длительное время нанося ему вред, психическая травма проявляется во вновь и вновь возвращающихся будоражащих воспоминаниях, болезненных переживаниях, ночных кошмарах, расстройствах сна и т. д. Она может также манифестироваться в опосредованном виде, в форме симптомов (заикания, тики, обсессии и т. д.). Пострадавшие постоянно находятся в плену драматических переживаний далекого прошлого. Они настойчиво цепляются за эти пере-

живания, так как видят в них своеобразную ценность. Иногда **больные не только не могут освободиться от будоражащих и травмирующих воспоминаний, эмоций и чувств, но готовы отказаться ради них от реальной жизни, от прошлого и будущего**. Такая «фиксация» на травме может длиться всю жизнь.

Нам представляется весьма значимой такая констатация Фрейдом ретроспективной ориентированности драматических переживаний пострадавшего. Именно эта обращенность личности в прошлое и фиксация на нем (фиксация на Я-травматическом) видится нам главным фактором «живучести» и пролонгированности психической травмы.

Интересной и значимой для нашего исследования представляется также идея Фрейда о **механизмах формирования военного невроза, рассматриваемых в рамках конфликта между различными модальностями Я**. Он отмечает, что такой конфликт происходит между «мирным Я солдата и его новым воинственным Я, и он обостряется, как только мирное Я солдата осознает, какой опасности оно подвергается. Старое Я защищается от смертельной опасности бегством в «травматический невроз»[1] от своего паразитирующего двойника.

По аналогии на данном этапе исследования мы можем предположить, что психическая травма военнослужащего, получившего физические повреждения, связана с конфликтом между мирным, воинственным и травматическим Я пострадавшего.

Развитие психической травмы, по мнению Фрейда, в значительной степени зависит от того, последовала ли сразу после травматического события энергичная и достаточная реакция отреагирования (действие, плач, ответ на оскорбление, месть обидчику, слова и т. д.). Отреагирование как «выплеск чувств» обладает силой катарсиса. Причем катарсическая сила отреагирования сохраняется и может быть актуализирована в процессе психологической помощи пострадавшему практически в любое время.

---

[1] См.: *Фрейд З.* Своевременные мысли о войне и смерти // Russian Imago-2001. Исследования по психоанализу культуры. СПб. : Алетейя, 2002.

Данный вывод Фрейда указывает нам на возможность и важнейший путь преодоления психической травмы.

Традиции психодинамического подхода к пониманию психической травмы продолжил О. Фенихель[1]. По его мнению, любой индивид, подвергшийся воздействию мощных раздражителей разрушающей силы, будет психотравмирован. При этом особо разрушительными для психики являются внезапно воздействующие травмирующие стимулы.

Заслуга Фенихеля, на наш взгляд, состоит в том, что он наряду с обоснованием и раскрытием таких симптомов психической травмы, как осложнения в виде психоневрологических симптомов, проигрывание травматической ситуации в фантазиях, мыслях, чувствах, бессонницы и тяжелых нарушений сна с ночными кошмарами, обстоятельно описал **феномен блокирования (снижения) функций Я**, являющегося главной инстанцией личностной регуляции. Фенихель отмечает, что психика человека, подвергшегося травме, концентрируется на задаче преодоления травмирующей ситуации, переработке не находящего разрядки запредельного напряжения. Многие психические функции пострадавшего (в том числе связанные с нравственной регуляцией поведения) становятся неактуальными и блокируются. В результате наблюдается регрессия на примитивные и инфантильные уровни регуляции поведения. Имеют место демонстрация апатии, беспомощности, зависимости, частичные и полные обмороки, бесцельная двигательная активность, тики, чрезмерная экспрессия, крик, плач, тревога, гнев.

По данным Фенихеля, приспособление к психической травме идет медленно и в случае его неуспеха **Я пострадавшего либо разрушается, либо регрессирует к примитивным формам поведения, либо трансформируется в симптоматику**. Личность человека дизинтегрируется, регрессирует, примитивизируется, инфантилизируется. Функция защиты, которую раньше выполняли родители, переносится на судьбу, Бога.

[1] См.: *Фенихель О.* Психоаналитическая теория неврозов / пер. с англ. А. Б. Хавина. М. : Академический проект, 2004.

В картину последствий психической травмы, по мнению автора, как правило, входит ориентация на получение пострадавшим пользы от своего положения (**«вторичная выгода»**), проявляющаяся в страхе остаться один на один со своим страданием, явной демонстрации своего страдания в целях обретения понимания, сопереживания и человеческой поддержки со стороны окружающих.

Для целей нашего исследования особенно ценным в концепции Фенихеля представляется положение о способности психической травмы «запускать» дремлющие **конфликты между Я и Супер-Я**. Активизация Супер-Я ведет к возникновению у пострадавшего чувства вины за произошедшее, а в последующих психических проблемах «подозревать» собственное стремление к вторичной выгоде. Такой конфликт особенно часто можно наблюдать в боевой обстановке. Он проявляется в том, что каждый участник боевых действий знает, что кто-то может погибнуть, но каждый надеется, что не повезет не ему, а другому. Военное Супер-Я допускает реализацию «запрещенных» в мирное время желаний. Оно даже «подталкивает» Я к совершению неприемлемых поступков, пытаясь сломить его сопротивление.

Это положение представляет для нас интерес в том плане, что указывает на конфликт между различными Я военнослужащего как главную «болевую точку» и основной объект психической травмы.

Эвристическим в концепции Фенихеля является выход из высокой теории проблемы на технологию психологического вспомоществования. Он показывает, что по отношению к психотравмированным целесообразно применять две стратегии психологической помощи: 1) у тех, кто недавно пережил травму, Я напугано и проработка травматических событий еще нетерпима, ощущается необходимость в отдыхе и отстранении от травмирующих переживаний; 2) тем, кто удовлетворил эту потребность, показаны бурные разрядки, катарсис, вербализация и прояснение конфликтов, повторное переживание травмы.

Э. Эриксон, исследуя возвратившихся домой ветеранов Второй мировой войны, открыл феномен «кризиса идентичности», проявляющийся в утрате ими тождества личности и непрерывности

времени, контроля над собой и как следствие их неспособности приспособиться к мирной жизни. Эриксон толкует идентичность как интеграцию всех предыдущих идентификаций и Я-образов. Формирование идентичности – это процесс преобразования всех прежних идентификаций в свете ожидаемого будущего.

Н. Г. Осухова указывает на то, что эриксоновское определение идентичности в основных чертах совпадает с характеристиками центрального компонента образа мира личности – «образа Я во времени своей жизни»[1].

Феномен кризиса идентичности ветеранов войны был объяснен Эриксоном как переход от четко определенных, согласованных, упорядоченных, понятных, предсказуемых отношений армейской жизни, от деятельности, имеющей определенные цели и ценности, от ясного понимания своих функций, места в системе социальных отношений, возможностей, статуса, ролей к неопределенным и расплывчатым условиям мирной жизни. Они в значительной мере отождествляли себя со своими социальными функциями, ориентировались на жесткую систему ценностей воинского коллектива, владели четко определенными способами активности. Эти ценности, функции и способы поведения утратили свою актуальность и перестали соответствовать требованиям изменившейся жизни. Все это не позволило им сформировать новую («мирную») идентичность взамен старой («военной»). Они либо утратили свою идентичность, либо впали в пролонгированное состояние «диффузной идентичности». Эриксон, выделяя своеобразные «группы риска», склонные к утрате идентичности, особо отмечает людей, оказавшихся перед необходимостью менять свои планы на будущее вследствие неожиданной инвалидности.

Главным условием преодоления кризиса идентичности Эриксон называл достаточный уровень развития рефлексивных способностей[2].

---

[1] См.: *Осухова Н. Г.* Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях. М. : Академия, 2007. С. 107.

[2] См.: *Эриксон Э.* Идентичность: юность и кризис : пер. с англ. М., 1996.

Современную трактовку психической травмы в рамках психодинамического подхода дает М. М. Решетников[1]. Проводя сравнительный анализ физической и психической травм, он отмечает, что в отличие от физической травмы, которая всегда является внешней, психическая травма может иметь интрапсихическую природу, то есть фактически психика наносит себе травму сама («продуцируя» определенные мысли, чувства, воспоминания, аффекты). Она невидима и объективируется для окружающих лишь по косвенным признакам (вербальным, мимическим, идеомоторным, поведенческим).

Решетников выделяет главный признак травмы – боль. Душевная боль может буквально разрывать тело человека на части, человек корчится и кричит от этой боли, наносит себе телесные повреждения, страдания от которых ничто по сравнению с болью психической. Иногда он готов даже убить себя – лишь бы избавиться от этой боли. Вслед за З. Фрейдом он подчеркивает, что травма не может существовать без памяти, без навязчивых повторений. Психотравмированные мучаются преимущественно от воспоминаний и патологических паттернов поведения, реализуемых бессознательно. Исходя из этого конкретизируется задача психологической помощи лицам, получившим травму – сделать бессознательное сознательным, а мучительное прошлое – тем, что может быть забыто[2].

Нам особенно интересна констатация М. М. Решетникова того, что в боевой обстановке в рамках интрапсихического **конфликта между морально-деформированным военным Супер-Я и Я воина** первая инстанция, по существу, консолидируется с властными позывами Оно, и Я остается в явном меньшинстве. Более того, часть функций Супер-Я в боевой обстановке перекладывается на командиров, отдающих приказы[3].

Д. Калшед[4] подходит к анализу психической травмы с юнгианских позиций. Наиболее ценным положением его целостной

[1] См.: *Решетников М. М.* Психическая травма. СПб., 2006.

[2] См. там же. С. 103.

[3] *Решетников М. М.* Психическая травма. С. 61–62.

[4] См.: *Калшед Дж.* Внутренний мир травмы. М., 2001.

концепции, релевантной задачам нашего исследования, является описание работы психологических защит личности человека, подвергшегося психотравматизации. Автор считает, что психика трансформирует внешнюю травму в самотравмирующую силу с одновременной патологией психических защит и превращением системы защиты личности в систему ее саморазрушения. При этом имеет место следующая динамика трансформации защит: 1) слом (пробой) обычных защит под воздействием травмирующего события и переход на примитивный (архаический, архитипический), более мощный уровень; 2) «включение» второй линии защит, позволяющий исключить всякие переживания травмы путем отказа от ее переработки и избрания стратегии ухода (ращепление, трансовые состояния, **множественные идентичности (дефрагментация, появление противостоящих и противоборствующих Я**), оцепенение, аутизм); 3) травмированная психика продолжает травмировать себя измененным способом.

По мнению Калшеда, при работе с пострадавшими, «опустившимися» до второго уровня психических защит, когнитивные техники бесполезны, а показаны способы психической поддержки, принятия, понимания, слушания.

Энергетический подход в психодинамической традиции дополняется информационным, основной вклад в развитие которого внесли М. Горовиц (1986) и Лазарус (1991). В рамках этого подхода делается попытка интегрировать внешние и внутренние, эмоциональные и когнитивные восприятия и переживания в структуру детерминант и феноменологию психической травмы. Причиной травмы и условием ее «живучести» является информационная перегрузка, порождаемая травматическим событием. Такая перегрузка вводит и держит человека в состоянии травматического стресса до тех пор, пока не будет соответствующим образом переработана. Не переработанная информация посредством защитных механизмов навязчиво воспроизводится в памяти и мыслях. Эмоции являются реакцией на когнитивный конфликт и одновременно мотивами защитного, контролирующего и совладающего поведения.

В русле информационного подхода считается, что успешность адаптации пострадавшего определяется оптимизацией соотноше-

ния между его фиксацией на травме и вытеснением ее из сознания. Стратегия психологической реабилитации пострадавших предполагает два этапа: 1) при преодолении непосредственных (острых) последствий травмы (особенно внезапной) рекомендуется избегать упоминаний о травме, вытеснять ее из сознания (инкапсуляция травмы) и 2) осознание всех аспектов травмы, превращение травмирующей ситуации в часть собственного бытия субъекта[1].

Психодинамической концепции психической травмы придерживаются ведущие российские разработчики этой проблемы (Н. В. Тарабрина, В. А. Агарков, Ю. В. Быховец, Е. С. Калмыкова, А. В. Макарчук, М. А. Падун, Е. Г. Удачина, З. Г. Химчян, Н. Е. Шаталова, А. И. Щепина). По их мнению, психическая травма – есть результат нарушения в психической сфере, аналогичного физическому нарушению, под воздействием стрессора. Такое нарушение влечет за собой нарушение структуры самости, когнитивной модели мира, аффективной сферы, неврологических механизмов, управляющих процессами научения, системы памяти, эмоциональных путей научения[2].

Завершая анализ психодинамического подхода к пониманию психической травмы и ее влияния на личность пострадавшего, вслед за Н. В. Тарабриной, отметим, что в психоаналитической традиции понятие травмы рассматривается как: 1) внешнее событие, субъективно воспринимаемое индивидом как травматическое; 2) психопатологические последствия травматического события, возникающие либо немедленно, либо отсрочено; 3) усиление подверженности человека травматизации вследствие пережитого травматического события; 4) причина любой психопатологии и, следовательно, фокус психотерапевтического воздействия[3].

Очевидные достоинства психодинамического подхода, на наш взгляд, снижаются из-за толкования психической травмы как «поломки», «пробоя», «разрушения» психики. В результате личность

---

[1] См.: Посттравматическое стрессовое расстройство / Н. В. Тарабрина [и др.]. М., 2007. С. 27.

[2] См. там же. С. 13.

[3] См. там же. С. 26–27.

рассматривается по существу как слепое орудие травматического обстоятельства. Явно недооценивается ресурсная роль поддержки социального окружения в травматической и посттравматической ситуации.

Нозологический подход (медицинский) к анализу психической травмы разрабатывается медицинскими специалистами. Ценность этого подхода, несмотря на ограниченные возможности его использования в нашем исследовании, состоит в том, что его сторонниками анализируется боевая психическая травма, и в том числе психическая травма, связанная с боевыми соматическими повреждениями. Представители данного подхода определяют боевую психическую травму как обусловленное воздействием оружия и боевых стресс-факторов патологическое состояние ЦНС, особенности патогенеза и феноменологии которого определяются специфичностью внешних этиологических причин и изменившихся под их воздействием внутренних условий[1].

Другими словами, боевая психическая травма – возникающее вследствие воздействия боевых стресс-факторов патологическое состояние центральной нервной системы, обусловливающее регулирование поведения пострадавшего посредством патофизиологических механизмов. В результате психотравмирования происходит накопление изменений в структурах ЦНС, нарастание специфической личностной дисгармонии и готовности к психопатологическому синдромообразованию[2].

Некоторые специалисты считают, что психические расстройства – это по своей сути защитные проявления, способствующие уменьшению притока или дезактуализации поступающей в сознание негативной информации, частичной или полной блокаде ее эмоционального компонента[3].

---

[1] См.: *Литвинцев С. В., Снедков Е. В., Резник А. М.* Боевая психическая травма. М., 2005. С. 15.

[2] См.: *Снедков Е. В.* Боевая психическая травма : автореф. дис. … д-ра мед. наук. СПб., 1997. С. 28–30.

[3] См.: *Литвинцев С. В., Снедков Е. .В., Резник А. М.* Указ. соч. С. 30.

А. М. Свядощ рассматривает психическую травму как результат воздействия психотравмирующих раздражителей, сила которых определяется значимостью патогенной информации для данного индивида. Психические травмы подразделяются им на острые и хронические. Острые являются результатом однократного, сверхсильного воздействия, хронические – следствием многократно действующих более слабых воздействий. Ф. В. Бассин, В. Е. Рожнов и М. А. Рожнова подходят к рассмотрению природы психической травмы в контексте концепции психологической защиты. Они отмечают, что психологическая защита выполняет роль спонтанного устранения психических травм, а психические травмы обусловлены нарушением психологической защиты. Эти же авторы обращают внимание на то, что психическая травма приводит к нарушению прежней системы значимых переживаний. Поэтому в процессе психотерапии предлагается противопоставить нарушенной системе другую, с не менее высоким потенциалом значимости[1].

Для обозначения совокупности психологических последствий раненных и контуженных С. В. Литвинцев, Е. В. Снедков, А. М. Резник ввели понятие «боевое стрессовое расстройство», обозначающее острые и хронические психические нарушения, возникающие вследствие соматогенного и психогенного (нозогенного) влияния ранений и травм, усиленного воздействием других патогенных стресс-факторов боевой обстановки. При этом они особенно указывают на то, что боевое ранение – это одновременно и мощная психическая травма. Даже легкое ранение означает, что военнослужащий пережил непосредственную угрозу для жизни. Кроме этого, вторичными стрессорами являются боль, неминуемость оперативных вмешательств, переживание беспомощности, инвалидности. Ранения и травмы способствуют возникновению наиболее тяжелых форм реактивных состояний и аддиктивных расстройств в боевой обстановке[2].

---

[1] См.: *Литвинцев С. В., Снедков Е. .В., Резник А. М.* Боевая психическая травма. С. 24–43.

[2] См.: *Бухтояров В. А.* Участие контингента советских войск в корейской войне: историко-политический анализ : дис. ... канд. ист. наук. М., 1994. С. 219.

По мнению специалистов рассматриваемого направления, важным является подчеркивание указанными исследователями того факта, что раневая болезнь не сводится к непосредственной реакции организма на травму, а охватывает индуцированный ею длительный патологический процесс, в развитии которого важнейшее значение приобретает совокупный функциональный ущерб вследствие взаимного отягощения повреждений. Ученые доказывают, что тяжесть, течение и исходы раневой болезни определяются сложным взаимодействием множества внешних и внутренних факторов, главными из которых являются боевой стресс и психическое состояние раненых в период, предшествующий ранению. Достаточно глубоко рассматривается динамика характерологических особенностей военнослужащих, прежде всего акцентуаций, в условиях боевого стресса и боевой психической травмы.

А. А. Султановой[1] делается вывод, что восприятие собственного тела, представления о нем не могут быть сведены к зеркальному отражению его особенностей. Это сложный процесс, связанный с рядом факторов, среди которых – предыдущий опыт человека, особенности эмоционально-мотивационной сферы, социальная среда, условия жизни человека в целом.

Особенно интересным в проведенном Султановой исследовании представляется выявление того факта, что раненые с ампутациями структурируют телесный опыт преимущественно на основе **сенсорных ощущений** и **эмоционального тона ощущений**; субъективная локализация ощущений в какой-либо части тела свидетельствует о четкости и полноте ее осознания; **важную роль в организации телесного опыта** играют **болевые ощущения**. Боль, нередко рассматриваемая как непосредственно-чувственный феномен, подчиняющийся преимущественно физиологическим закономерностям, в реальности оказывается сложным явлением, зависящим от таких факторов, как мотивация субъекта, устойчивость образа тела, отношение к собственному телу и др.

---

[1] См.: *Султанова А. С.* Особенности образа тела у раненых с ФБС при ампутации конечностей // Психология телесности. М. : АСТ, 2005.

Отсюда у нас возникает предположение о том, что **до тех пор, пока фантомные болевые и сенсорные ощущения имеют место, инвалид не может скорректировать свой телесный образ Я**. До этого момента его Я-настоящее-телесное искажено и, по существу, наполнено Я-телесным предтравматическим.

По мнению С. В. Литвинцева, Е. В. Снедкова, А. М. Резника, Ю. Н. Шанина (1995), Ю. .Л. Шевченко (1994) и др., доказано, что по условиям своего возникновения и развития боевая раневая болезнь имеет настолько специфичные и принципиальные отличия от травматической болезни мирного времени, что приходится говорить о ее особом нозографическом положении. Полиэтиологичность, сильная отягощенность психологическими, социальными, экологическими факторами, ограничивающими компенсаторный ресурс пострадавших, обусловливают типичные черты боевых поражений: тяжелое шоковое состояние с последующим понижением резистентности организма, скоротечность фаз раневой болезни, предельно высокий риск осложнений[1].

В психологической литературе еще в начале XX в. отмечалась специфика поздних раневых психозов, проявляющихся отсрочено, после патологической перестройки организма и снижения устойчивости барьерных функций. Она состоит в преобладании депрессивно-параноидных и ажитированно-меланхолических проявлений с элементами **самообвинений в симуляции, дезертирстве, членовредительстве**, в последующем развитии апатического состояния и длительной глубокой астении в восстановительном периоде. В клинической картине непсихотических расстройств отмечаются неустойчивсоть настроения, волнение, плач и тоскливость с воспоминаниями о боях, нарушения сна с устрашающими сновидениями, ипохондричность, жалобы на сердцебиение, возбудимость, аффективные взрывы и попытки самоубийства, снижение активности, приглушение родственных чувств, негативизм к врачам, иногда эйфория (Т. И. Гольдовская, 1943; В. А. Гиляровский, 1943, 1944; В. А. Горовой-Шалтан, 1949; И. А. Залкинд, 1944;

---

[1] См.: *Литвинцев С. В., Снедков Е. В., Резник А. М.* Боевая психическая травма. С. 217.

Е. К. Краснушкин, 1948; С. В. Литвинцев, Е. В. Снедков, А. М. Резник, 2005; П. Ф. Малкин, 1945; Г. Е. Сухарева, 1943, 1944, 1945, 1948, 1949).

Анализ работ, посвященных изучению ранений и травм, позволяет составить своеобразный «симптоматический репертуар» их психологических последствий, описываемый следующими терминами: тоска «со спячкой», бред, возбуждение, заторможенность, ограниченность компенсаторных ресурсов, **самообвинения**, тревога, астенизация.

Как видно их рассмотренного подхода, авторы не ставят целью исследовать собственно личностные изменения военнослужащих, подвергшихся психотравматизации, в качестве главной исследовательской задачи, хотя, следует отметить, что выявленные ими нозологические симптомы оказывают существенное влияние на функционирование личности.

Личностный подход в понимании психической травмы наиболее ярко представлен в работах М. Ш. Магомед-Эминова[1], В. И. Кутьинова[2], П. П. Иванова[3]. Сверхзадачей такого подхода является выход за пределы, задаваемые оппозициями «соматогенное – психогенное», «природное – социальное», «болезнь – здоровье», позволяющий выйти в сферу феномена человека и его личности, попытка увидеть психическую травму не с точки зрения психопатологии, а в свете трансформации личности человека в связи с трансформацией способа его бытия и его времени в мире.

Психическая травма понимается М. Ш. Магомед-Эминовым не как непосредственная внесубъектная, безличная аффективная психическая реакция на травматическое событие, не как рана, «пролом» или слом психики, а как психическая структура, кото-

---

[1] См.: *Магомед-Эминов М. Ш.* Экстремальная психология. Т. 2. От психотравмы к психотрансформации. М., 2006.

[2] См.: *Кутьинов В. И.* Социальные стереотипы об инвалидах как фактор регуляции системы отношений их отношений : дис. … канд. психол. наук. М., 2004.

[3] См.: *Иванов П. П.* Социально-психологическая реадаптация инвалидов боевых действий : дис. … канд. психол. наук. М., 2004.

рая формируется и структурируется, преломляясь внутренними психическими условиями, в процессе психической «работы личности». По существу психическая травма – это деятельность, структурированная интенсивно и экстенсивно по горизонтали и вертикали, психическая деятельность человека – субъекта жизни, живущего своей жизнью, своими заботами и своей судьбой и терпящего бедствие, проживающего свою беду.

При таком подходе в термине «травма» заключается значение *«изменение»* вместо *«повреждение*». Психическая травма здесь раскрывается в «горизонте **трансформации личности** и работы личности», что вводит в психологический анализ проблемы «новое фундаментальное измерение – личностное измерение психической травмы, не охватываемое ни аффективной, ни когнитивной моделями». Автор рассматриваемого подхода подчеркивает, что «психическая травма должна пониматься как личная и личностная трагедия, беда человека; до всякой когнитивной и аффективной или когнитивно-аффективной реакции личность человека уже «работает» в жизненной ситуации как целостность присутствия. В этом отношении психическая травма может быть и изменением функционирования личности, и способом существования личности в данной человеческой ситуации в мире, и проявлять и иную свою сторону – здоровье, просветление, человечность, развитие, рост[1].

Широкую трактовку термина «работа личности» М. Ш. Магомед-Эминов уточняет как самоидентичность человека. По его мнению, «психическая травма есть **психическая организация самоидентичности** человека, а не слом или повреждение его психического аппарата либо какой-то отдельной части»[2].

Это положение представляется весьма ценным методологическим основанием для нашего исследования. Ведь *феномен самоидентичности личности прямо и непосредственно связан с ее Я-концепцией, так как именно она выступает и зеркалом, и средством, и критерием тождественности человека самому себе.*

---

[1] *Магомед-Эминов М. Ш.* Экстремальная психология. Т. 2. С. 16, 167, 203.

[2] Там же. С. 16.

Не менее эвристическим положением данного подхода является тезис о том, что травма «высвечивается в … горизонте человеческой судьбы, жизни и бытия человека в–мире–с–другими в условиях вторжения небытия в человеческое бытие», и «находит свое определение и определенность в темпоральном (временном – *прим. наше*) горизонте как временной феномен, в котором освещается вступание человека в свое время и в связь сходящихся и расходящихся временных горизонтов настоящего, прошлого и будущего.

По мнению автора подхода, вопрос о психической травме встает по-разному: 1) как непосредственное психическое потрясение или 2) как психическая проработка инцидента (идеогенно или рефлексивно) во внеинцидентальной ситуации. Таким образом, травма не только имманентна инциденту, но и трансцендентна ему: в работе личности, направленной на событие, конституируется жизненный опыт, наполняющий разные темпоральные модусы (прошедшее, настоящее и будущее). И от того, в какой степени личность связывает в своей жизни во временное единство происходившее, происходящее и наступающее, зависит, насколько человек как субъект выдерживает «травматические удары» судьбы[1].

Этим положением по существу обосновывается временная протяженность личности, ее одновременное существование в разновременных мирах или последовательное перемещение по ним.

Важным в личностном подходе к пониманию психической травмы является ее смысловая концепция, раскрывающая не собственно травму, а ситуацию человеческой трагедии, из которой каждый выходит по-своему. В точке разделения (расхождения) смыслов личность «зримо и ярко предстает в «жизнепадении» и «жизнеутверждении». При таком подходе к личности человека, подвергшегося травме, появляется тема «уцелевшего» – «человека, который оказался на грани и границе между бытием и небытием, жизнью и смертью, человеческим и нечеловеческим. Великие истины жизни (правда жизни), которые ухватывает уцелевший, шире – транзитная личность, не будучи ученым, философом или

[1] См.: *Магомед-Эминов М. Ш.* Экстремальная психология. Т. 2. С. 17.

просветленным, а являясь «просто» человеком, вводят нас в неустранимую **область ценностей**, где **смысл бытия не совпадает с истиной бытия**; в этой ситуации истину творит смысл»[1].

Особенно ценным в анализируемом подходе является культурно-исторический ракурс рассмотрения психической травмы, при котором она видится особой формой культурной аномалии. То есть, по существу, психотравма проявляется в той форме, в которой она признается обществом за травму. Следовательно, характер травматических переживаний во многом задается обществом, находящимся на определенном этапе развития, имеющим определенные культуральные и этнические особенности.

Весь пафос личностного подхода указывает на то, что без выяснения временных параметров травматического события нельзя до конца понять сущность психической травмы, и, следовательно, трансформаций Я-концепции инвалидов боевых действий. В плане временной последовательности инцидент (травматическое событие) задает **три модуса существования** (три жизненных горизонта или три мира): 1) инцидентальный мир (мир чрезвычайности, экстремальности, катаклизма, катастрофы), 2) прединцидентальный мир и 3) пост инцидентальный мир[2]. Этим жизненным мирам соответствуют **три вида травмы**: 1) прединцидентальная травма, 2) инцидентальная травма, постинцидентальная травма, а также **три группы факторов травматизации**: 1) прединцидентальные, 2) инцидентальные, 3) постинцидентальные. Первичная травма имеет место в инцидентальном мире, а вторичная – в постинцидентальном.

Инцидентальная травма связана с презентацией события и с первичной репрезентационной цепочкой событий, наполняющей инцидентальный горизонт. Постинцидентальный опыт независимо от его эмоционального переживания имеет место как вторичная репрезентация и повторение переживания опыта события, т. е. переживания «следов», а не переживание актуального присутствия субъекта

---

[1] См.: *Магомед-Эминов М. Ш.* Экстремальная психология. Т. 2. С. 18.
[2] См. там же. С. 117–118.

«здесь и теперь». В постинцидентальном переживании опыт не входит ни в один из актуальных моментов «теперь», хотя момент ассоциирован здесь с происходящим и ожидаемым. **Инцидентальный опыт вторгается в постинцидентальный горизонт как прошлое, которое стремится стать настоящим, но не может.** Инцидент не входит в «актуальность» как его составная часть. В этом плане инцидент не актуален, а есть воспоминание или ожидание[1].

Важным методологическим моментом в «личностной» трактовке психической травмы является положение о том, что ситуация (инцидент) и постситуация (постинцидент) темпорально последовательны и образуют моменты бывшего и нынешнего, не совпадают со структурой «прошлое – настоящее». В постситуации пострадавшего ситуация инцидента не утрачивает еще полностью признака современности, настоящего, а происходящее не обрело полностью статуса и образа настоящего. **Прошлое еще не стало прошедшим, а настоящее – происходящим.** Нынешняя ситуация пострадавшего есть пост-ситуация, тематизированная в предметных рамках произошедшей ситуации, имевшей место «тогда-то и там-то». Постситуация дуальна: она есть презентация актуальной жизни пострадавшего и одновременно репрезентация произошедшего[2].

Возвращение пострадавшего из инцидентального в постинцидентальный горизонт трансформирует личность «пострадавшего» в личность «уцелевшего». Прежде чем уцелевший возвращается к жизни, труду, к решению жизненных задач он проходит через транзитный процесс, в рамках которого происходит трансформация личности, способа существования человека, его самоидентичности, осуществляется его продвижение по жизненным мирам своего существования, по линии «современность – постсовременность – переходность – трансгрессия». Бытие уцелевшего характеризуется явлениями возвращения домой (откуда он уходил или где он ныне предполагает пребывать), возвращения к

[1] См.: *Магомед-Эминов М. Ш.* Экстремальная психология. Т. 2. С. 121.
[2] См. там же. С. 191.

жизни (нахождение места, где он будет восстанавливать обустраивать, развивать свою жизнь), темпоральности (обретения реального, актуального времени существования; реадаптация от инцидентального опыта), адаптации к миру возвращения, выбор дальнейшего направления движения по жизни уцелевшего, проявления жизненных задач, требующих решения, трансформационной работы личности, нахождения в жизни такого места, в котором он может продолжать жить и реализовать себя, дать слово своей жизни[1].

Магомед-Эминов утверждает, что в транзитной ситуации человек находится в зоне бифуркации (разветвления жизни и ее смыслов) в прошлое и будущее и в зависимости от экзистенциональной позиции он может выбрать одну из трех жизненных ориентаций (направлений осуществления работы личности): жизневосстановление (адаптация), жизнепадение (травма) или жизневозвышение (рост). Движение по жизненным мирам в избранном направлении трансформирует субъекта в **«Я-бывший»**, **«Я-будущий»** или **«Я-настоящий»** (транзитный)[2]. Субъект в горизонте события и субъект в горизонте постсобытия – не один и тот же субъект. Возникает эффект множественности диссоциированных субъектов, с разными смыслами произошедших событий, требующих субъектной ассоциации в работе личности.

Несмотря на то, что уцелевший всячески противится вторжению небытия в его актуальную ситуацию возвращения, он как личность ищет внутреннего единства, целостности и постоянно вводит в ситуацию своего присутствия небытие как со стороны прошлого, так и со стороны будущего. «Бытие личности «не умещается» в актуальном присутствии, оно вбирает в себя бывшее и грядущее, расширяясь и распространяясь вдаль – вперед и назад». Уцелевший может «застрять» в транзитности между «жизнью в катастрофической ситуации» и «жизнью как возвращени-

[1] См.: *Магомед-Эминов М. Ш.* Экстремальная психология. Т. 2. С. 164, 184, 185, 189.

[2] См. там же. С. 211.

ем к жизни», обнаружить смысл своего бытия в страдании, а может, преодолев транзитное существование, перейти к продолжению жизни, в котором раскрываются новые горизонты бытия (трансгрессия)[1].

В структуре личности могут образовываться субличности (различные модальности Я), некоторые из них способны захватить власть над всей личностью и паразитировать на ней. Застревание в транзитной зоне ведет к деструктурированию, дефрагментации, дезинтеграции личности, ее временной дезориентации.

Уцелевший, прибывший из зоны деструкции должен жить в мирном мире, однако ему мешает наличие двух не интегрированных (но требующих единения) образов двух взаимоотрицающих, взаимонесовместимых миров (инцидентального и постинцидентального). Такая ситуация не позволяет решать важнейшие жизненные задачи: констатация выживания как успеха, достижения, обретения; завершение произошедшего, вовлечение в настоящее, подготовка предстоящего; интеграция воедино временных модусов; выбор позиции жизневосстановления, жизневосхождения и предотвращения жизнепадения; трансформация экстремальной самоиденчиности в самоиденичность, адекватную способу своего существования. Нерешение этих задач чревато аномальной (экстремальной) трансформацией психической деятельности человека. В этом случае экстремальный модус психической работы уцелевшего продолжает иметь место в повседневном жизненном мире, что приводит к фрагментации личности и ее присутствия в мире, редукции мотивации выживания, сомнению в позитивном исходе инцидента, компульсивным повторениям прошлого, формированию идентичности жертвы, фрагментации картины мира, мировоззрения, смысловых структур, темпоральности, умножению смыслов и возникновению смыслового конфликта. Уцелевший не движется по своей жизни, а остается в тени и власти прошлого, вновь и вновь переживая и проживая произошедшее[2].

---

[1] См.: *Магомед-Эминов М. Ш.* Экстремальная психология. Т. 2. С. 211.

[2] См. там же. С. 216, 217, 227.

Большое значение для развития последствий психотравмы имеет исход травматического события и возвращение человека (позитивного нейтрального, негативного). В случае негативного возвращения у него формируется комплекс жертвы, являющийся ядерным образованием травматической идентичности и связанный с наррцистическим стрессом[1] и позитивной ценностью несчастья, дефекта. Жалость и переживание несчастья доставляют страдающему комплексом чувств острого ощущения жизни и наполняется ее смыслом – негативным смыслом. Несчастье может стать высшей ценностью и смыслом человека. Призывы к счастью вызывают у таких людей раздражение и злость.

Таким образом, по мнению М. Ш. Магомед-Эминова, после психической травмы возникает латентный период проработки, в котором совершается особая психическая работа с травматическим опытом, в ходе которой создается действительный психический механизм травматического расстройства путем связывания множества факторов в единую экстремальную (аномальную) организацию и его психическую разработку. Желание получить компенсацию за свою жертвенность вовлекается в постинцидентальную психическую работу личности, осуществляемую человеком в актуальной жизненной ситуации «возвращения» для целей адаптации, совладания, или в соответствии с мотивацией травматической самоидентичности, требующей возмещения, компенсации утраты и переживания своей жертвенности. При этом поиск материальной компенсации, являясь по существу актом экстернализации психической травмы, конверсией, обеспечивает уцелевшего смысловой структурой, канализирующей внутреннее напряжение. Выявлены своеобразные **«законы компенсации»**: 1) фиксированность на идеях компенсации, 2) ненасыщаемость, 3) возрастание запросов, 4) обвинение благодетелей, 5) чувство

[1] «Нарцистический стресс» (Магомед-Эминов М. Ш., 2002) – результат конфликта между ожиданиями (милосердия, заботы, компенсации), сложившимися в инцидентальности и реалиями постинцидентальности (безразличие и презрение).

несправедливости, 6) чувство обделенности, 7) чувство зависти, 8) озлобленность и враждебность[1].

Изложенные положения дали возможность автору констатировать следующее: исходная (первичная, инцидентальная) травма не есть вещная данность, на которую индивид реагирует, а есть то, что находится в становлении, вступая в горизонт (мир) процессов работы личности. Есть психическая травма как опыт, как действенная реакция на травматическое событие и есть психическая работа личности пострадавшего, в которой этот опыт конституируется, трансформируется, что создает дополнительные факторы травматизации, вызывающие вторичную травму.

Объединив теоретические воззрения М. Ш. Магомед-Эминова в таблице, мы получили своеобразный «портрет» психической травмы, написанный в стиле личностного подхода (см. табл. 7).

Интересна трактовка психической травматизации участников боевых действий В. И. Кутьиновым[2] и П. П. Ивановым[3] как нарушения системы личностных отношений (отношений к себе, окружающим, вещам, ценностям, деятельности) в результате воздействия психотрамирующего события.

Эвристическими и весьма полезными для нашего исследования являются рассмотренные выше положения о локусе контроля (Роттер Дж. Б., 1996). Они, по нашему мнению, хорошо корреспондируются с положением о зависимости посттравматического развития личности от собственной активности пострадавшего во время травматического события и непосредственно перед ним и наличии психологической поддержки со стороны социального окружения в эти периоды. Следует полагать, что интерналы в меньшей степени зависят от социальной помощи и проявляют собственную активность в сложных ситуациях. Следовательно,

---

[1] См.: *Магомед-Эминов М. Ш.* Указ. соч. Т. 2. С. 153–156.

[2] См.: *Кутьинов В. И.* Социальные стереотипы об инвалидах как фактор регуляции системы отношений их отношений.

[3] См.: *Иванов П. П.* Социально-психологическая реадаптация инвалидов боевых действий.

характер трансформаций Я-концепции должен отличаться у экстерналов и интерналов.

Таблица 7

Психическая травма как самоорганизация личности

Горизонты (жизненные миры, модусы существования)		
Инцидентальный	Прединцидентальный	Постинцидентальный
Психологические факторы травматизации		
Инцидентальные	Прединцидентальные	Постинцидентальные
Страх. Стресс. Физическая травма.	Конституционально-наследственная предрасположенность. Приобретенные, внутренние и внешние условия, способствующие психотравматизации. История предшествующих травм. Значимые предшествующие события. Личностные факторы. Ожидания. Предвосхищения.	Ретроспективная смысловая работа личности. Целевая проработка Страхование.
Вид травмы		
Первичная	*Вторичная*	
Проживание (презентация) травматического события, вплетенного в действия по сохранению жизни; психическое потрясение.	Переживание травматической ситуации в рефлексии (репрезентации), воспоминаниях (идеогенно); поиск ренты, справедливости, понимания; избегание чего-то, связанного с событием (травматофобия), требование возмещения попранных прав, повышенное наблюдение за своим состоянием, подозрительность, аггравация, симуляция, цепляние за болезнь, фиксированность на идеях компенсации, ненасыщаемость, возрастание запросов, обвинение благодетелей, чувство несправедливости, обделенности, зависти, враждебности, озлобленности.	
Сущность психической травмы – способ организации психической деятельности и самоидентичности личности, осуществляющийся во временной фрагментации (разрушения единства времен, когда субъект находится как бы в просвете всех времен). Сущность субъекта в «психической травме» есть существование в поиске утраченного временного единства – былого, происходящего, грядущего.		

Проведенный нами анализ перечисленных выше подходов показал, что лишь на их пересечении возможно формирование

рабочей модели психотравмы, необходимой для выхода на практику оказания психологической помощи военнослужащим.

Если вновь обратиться к метафоре осажденной крепости, можно констатировать, что возможности ее защитников не безграничны. Запасы воды, продуктов, боеприпасов иссякают, погибших воинов заменить некем. Мощный удар противника, обманный маневр (типа «Троянского коня») или длительная, изнуряющая осада способны сломить волю физически истощенных защитников к сопротивлению. Исходы могут быть различными: уничтожение всех до последнего сопротивляющегося, подрыв крепости вместе с собой ее защитниками, сдача на милость победителю, предательство, заключение мирного договора с неприятелем и др.

Так же не безграничны физические и психологические возможности участников боевых действий. По мнению Ю. А. Александровского, Я. Агреля и Л. Люнгберга, каждый человек обладает определенным *адаптационным потенциалом* или *психологическим ресурсом*, позволяющим преодолевать стресс-факторы определенной интенсивности. Если сила или продолжительность неблагоприятных внешних воздействий превысит индивидуальные приспособительные возможности человека, происходит «слом адаптационного барьера» и его психическое травмирование. В этом случае говорят, что человек получил психическую травму.

Обобщая перечисленные подходы, мы будем понимать под **боевой психической травмой** прорыв травматическим стресс-фактором защитного слоя психики, сопровождающийся деформацией картины мира, дезинтеграцией и утратой идентичности личности, формированием патологических механизмов регуляции поведения. При этом «защитный слой психики» рассматривается не в виде какого-либо материального образования (слоя, щита), а в форме совокупности охранительно-защитных функций и ресурсов человека, включающих его адаптационный потенциал (развитость сигнальных функций тревоги, страха, боли, эффективные копинг-стратегии, особенности нервной системы), опыт экстремальной деятельности (наличие «антистресс-прививка») и т. д.

Закономерно возникает вопрос, почему одно и то же событие у одних военнослужащих вызывает психотравму, а у других – нет.

Ответ на этот вопрос волнует психологов давно. З. Фрейд отмечал, что событие может травмировать психику лишь в том случае, если: а) человек придает ему травматический смыл, б) если отсутствует отреагирование на событие, в) если отсутствует социальная поддержка человеку во время события и после него. Несколько другой ответ на этот вопрос дает этиологическая мультифакторная концепция стресса А. Мэркера. Ее автор выделяет *три группы факторов*, сочетание которых приводит к психотравматизации:

1. Свойства травмирующих факторов: тяжесть травмы, ее неконтролируемость, неожиданность.

2. Отсутствие защитных факторов: способность к осмыслению происходящего, сформированные механизмы совладания, социальная поддержка.

3. Наличие факторов риска: возраст; отрицательный прошлый опыт, наличие психических расстройств в анамнезе; низкий социоэкономический опыт.

Практика показывает, что отсутствие хотя бы одного из перечисленных факторов многократно снижает возможность психотравмирования военнослужащих.

Учитывая это обстоятельство, считается, что человек пережил травматическое событие, если выполняются одновременно *два условия*:

1. Человек пережил или наблюдал одно или более событий, в которых с ним или с другими людьми произошло следующее: возникла угроза смерти потенциальная или реальная, смерть другого человека, серьезное ранение или угроза получения инвалидности.

2. Человек реагировал на это интенсивным страхом и чувством беспомощности.

Связанные с боевой психической травмой функциональные нарушения (боевые стрессовые расстройства) включают различные состояния дезинтеграции психической деятельности предпатологического, патологического, в том числе и нозологического (уровня болезни) спектра.

Ю. А. Александровский выделяет две группы возможных реакций и состояний людей при жизнеопасных ситуациях: а) с не психотической симптоматикой – непатологические (физиологические)

реакции, психогенные патологические реакции, психогенные невротические состояния; б) с психотическими расстройствами (острые и затяжные реактивные психозы). По существу, здесь перечислены возможные уровни патологизации психики.

К непатологическим (физиологическим) невротическим явлениям относятся реакции на боевой стресс (адаптационные реакции). Они проявляются в повышенной эмоциональной напряженности и психомоторных изменениях, вызванных страхом (множество нецелесообразных движений; беспорядочное, бесцельное метание; ступорозное обездвижение; отрывистая, несвязная речь). К названным симптомам прибавляются такие вегетативные реакции, как учащенное мочеиспускание, дисфункция желудка и кишечника, тошнота, головокружение, ознобоподобный тремор, изменение пигментации кожных покровов, ощущение нехватки воздуха, чувство удушья, ощущение сильной физической слабости, жара или холода и др.

Психогенные патологические реакции проявляются в симптомах астенического, депрессивного, истерического и других синдромов. Основным показателем того, что наблюдаемая симптоматика отражает не психотический уровень травматизации военнослужащего, является сохранение им в достаточной степени критической оценки происходящего и способности к целенаправленной деятельности.

Расстройства психотического уровня в воинских частях крайне редки. Они характеризуются тем, что у пострадавших отмечаются выраженные нарушения психической деятельности, лишающие их возможности правильно (не искаженно) отражать происходящее, и имеет место полная утрата работоспособности. Как правило, военнослужащие с психическими расстройствами такого уровня получают помощь в специализированных медицинских учреждениях психиатрического профиля.

2.5. Посттравматическое стрессовое расстройство

Еще во время Второй мировой войны В. А. Гиляровским был описан «синдром нервной демобилизации», возникающий у сол-

дат после возвращения из фронтовой обстановки. Данный синдром характеризуется проявлением остаточных явлений переутомления на фоне резкого снижения уровня волевой мобилизации. На основании исследований послевоенной адаптации ветеранов Великой Отечественной войны отечественными учеными был сделан вывод о возможности длительного сохранения последствий психотравмирующего воздействия войны (В. А. Гиляровский, 1946; И. Н. Введенский, 1948; Е. К. Краснушкин, 1948; Е. М. Холодовская; 1948 и др.).

Р. Гринкер и Д. Шпигель одними из первых стали рассматривать отсроченные психические состояния ветеранов как реакции на боевой стресс. Позже было установлено, что психологические изменения у ветеранов войны могут наблюдаться в виде *отдельных разрозненных симптомов*, в виде более или менее *взаимосвязанных проявлений* и в *виде синдрома* – посттравматического стрессового расстройства.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – отсроченная по времени психопатологическая комплексная реакция на психотравматическое событие, оформившаяся в целостный синдром. В последнее время ПТСР описано как синдром и отдельная психодиагностическая категория в ряде авторитетных классификаторов болезней, что дает основания для рассмотрения его в качестве целостного, комплексного образования.

Впервые официально вопрос о необходимости выделения целостного синдрома, называемого «посттравматическое стрессовое расстройство», был поставлен в США в 1980 г. Именно тогда в публикацию третьего издания американского классификационного стандарта, подготовленного Американской психиатрической ассоциацией, DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) был внесен раздел, содержащий описание критериев для диагностики нарушений и расстройств, вызванных психотравмирующими обстоятельствами, выходящими за рамки обычного человеческого общества. Этот раздел был уточнен и сохранен в новой редакции стандарта DSM-IV (код F43.1) в 1994 г., которая с незначительными уточнениями действовала почти 20 лет. В этом

же году аналогичный раздел появился и в Международном классификаторе болезней МКБ –10 (код. 309.81). Несмотря на то, что ПТСР формально является психическим заболеванием, его изучение, диагностика и психотерапия относятся к компетенции клинического психолога.

Принятие решений об официальной фиксации данного синдрома в международных и национальных классификаторах заболеваний обусловлено широким распространением ПТСР. В целом ряде исследований констатируется, что посттравматические стрессовые расстройства составляют от 10 до 50% всех медицинских последствий боевых событий. Ими по сей день страдают 29–45% ветеранов Второй мировой войны, 25–30% американских ветеранов вьетнамской войны[1]. 18,6% участников боевых действий в Афганистане испытывают на себе действие этого синдрома[2].

По прогнозам специалистов, посттравматические проявления сохраняются в течение продолжительного времени у 25% участников боевых действий в Чеченской республике. По данным исследования американских ветеранов войны во Вьетнаме, проведенного в 1988 г., у 15,2% из них наблюдались выраженные ПТСР, а еще у 11,1% отмечались отдельные симптомы таких расстройств. Среди этих лиц в 5 раз возрастал риск остаться безработными, около 70% из них хотя бы один раз развелись с супругами, у 35% отмечены родительские проблемы, у 47,3% – крайние формы изоляции от людей, у 40% – выраженная враждебность к окружающим. 36,8% представителей этой социальной группы совершают более 6 актов насилия в год, 50% были арестованы и посажены в тюрьму (в том числе 34,2% – более одного раза)[3].

К началу 1990-х гг. около 100 000 ветеранов этой войны покончили жизнь самоубийством. 40 000 ведут замкнутый, почти

---

[1] *Снедков Е. В.* Боевая психическая травма.

[2] См.: *Пушкарев А. Л., Доморацкий В. А., Гордеева Е. Г.* Посттравматическое стрессовое расстройство. Мн., 2001. С. 7.

[3] См.: *Якушин Н. В.* Психологическая помощь воинам-афганцам в реабилитационном центре Республики Беларусь // Психол. журн. 1996. № 5.

аутичный образ жизни. Среди раненых и инвалидов войны число лиц с ПТСР превышает 42%, тогда как среди физически здоровых ветеранов войны их 10–20%. 56% людей, переживших тяжелые боевые события, умирали и были больны в возрасте до 65 лет[1].

Вышедшее в 2013 г. DSM5 квалифицирует п**осттравматическое стрессовое расстройство** как психическое состояние, отражающее развитие характерных симптомов, возникающих после переживания сильного стресса.

В новой редакции руководства вместо трех симтомокомплексов выделено четыре (отдельно выделен кластер негативных переживаний). В связи с этим структура ПТСР сегодня видится как совокупность: пере-переживания (повторные переживания), избегания, негативных мыслей и настроений и гипермобилизации (гиперактивации).

1. Повторные переживания охватывают:

- спонтанные (самопроизвольные) воспоминания о травмирующем случае;
- повторяющиеся сны, связанные с событием;
- флэшбэки или другие интенсивные или пролонгированные психологические страдания.

2. Негативные мысли и настроения представляют разнообразные чувства, связанные:

- с постоянным и искаженным чувством вины (своей или чужой);
- отчуждением от других;
- заметным снижением интереса к деятельности;
- неспособностью помнить ключевые аспекты события.

3. Избегание касается:

- беспокоящих воспоминаний, мыслей, чувств;
- внешних напоминаний о событии.

4. Гипервозбуждение (гиперактивация**)** отмечается:

- агрессивным, опрометчивым, саморазрушающим поведением;

[1] *Тарабрина Н. В.* Практикум по психологии посттравматического стресса. М., 2001. С. 21.

- нарушениями сна.

Обязательным условием для диагностики ПТСР является установление *длительности протекания расстройства*. ПТСР диагностируется лишь в том случае, когда продолжительность проявления описанных выше симптомов составляет не менее 1 месяца.

Не менее важным условием для вынесения диагноза является то обстоятельство, что расстройство вызывает клинически значимое тяжелое эмоциональное состояние или нарушения в социальной, профессиональной или других важных сферах жизнедеятельности[1].

Специалисты дают следующую классификацию ПТСР: *острое* – симптомы сохраняются менее 3 месяцев; *хроническое* – симптомы сохраняются 3 и более месяцев; *отсроченное* – симптомы возникают, по меньшей мере, через 6 месяцев после психотравматизации. В отдельных случаях ПТСР протекают в течение многих лет и переходят в хроническое изменение личности[2].

В. В. Нечипоренко, С. В. Литвинцев, Е. В. Снедков, Ю. К. Маликов, В. Е. Саламатов выделяют виды ПТСР: *острые* – симптомы возникают в пределах 6 месяцев после травмы и сохраняются не боле 6 месяцев; *хронические* – симптомы проявляются после 6 месяцев и продолжаются более 6 месяцев; *отсроченные* – проявляются после скрытого периода (месяцы, годы) и продолжаются более 6 месяцев[3].

Кроме этого, некоторые авторы выделяют так называемые вторичные признаки ПТСР. К ним относят: алкогольную, медикаментозную или наркотическую зависимость; склонность к суицидальным мыслям и попыткам; депрессию; заболевания сердечно-

---

[1] См.: *Тарабрина Н. В.* Практикум по психологии посттравматического стресса. С. 50–52.

[2] См.: *Пушкарев А. Л., Доморацкий В. А., Гордеева Е. Г.* Посттравматическое стрессовое расстройство.

[3] См.: Психолого-психиатрические аспекты реабилитации участников войны / В. В. Нечипоренко, С. В. Литвинцев, Е. В. Снедков, Ю. К. Маликов, В. Е.Саламатов // Медицинская реабилитация раненых и больных. СПб., 1997.

сосудистой системы; боли различной этиологии, сексуальные дисфункции, девиантное поведение и др.

Зная природу боевой психической травмы и посттравматического стрессового расстройства, военный психолог должен предпринимать эффективные меры по их профилактике: своевременно выявлять лиц, предрасположенных к психическим расстройствам; организовывать эффективную психологическую поддержку в бою; заботиться о приемлемом режиме боевой деятельности воинов (сроки пребывания на передовой, качественный сон и отдых, питание, поддержание связи с родными и близкими); осуществлять психологическую реабилитацию лиц, страдающих ПТСР.

Глава 3. Содержание и организация экстренной психологической помощи участникам боевых действий

3.1. Сущность и составляющие психологической помощи в боевой обстановке. Экспресс-психодиагностика в бою

Для каждого солдата война представляется множеством боев, в которых способность каждого выдержать психологическую нагрузку является решающим условием, обеспечивающим успех или поражение его подразделения. История показывает, что как бы хорошо ни были подготовлены войска, какими бы слаженными ни были действия, какими бы умелыми и знающими ни были их командиры, солдаты, как правило, не выдерживают психологических нагрузок, которые наваливаются на них в ужасе боя. В таких условиях важнейшей проблемой военной психологии является проблема, как поставить на ноги тех, кто не выдержал этого, как скорее поставить их в строй[1].

В связи с этим важнейшей миссией военных психологов в боевой обстановке является организация психологической помощи участникам боевых действий.

Психологическая помощь представляет собой комплекс психологических, организационных, медицинских мероприятий, направленных на обеспечение успешного преодоления военнослужащими психотравмирующих обстоятельств боевой обстановки, сохранение их боеспособности и психического здоровья.

Психологическая помощь включает: экспресс-психодиагностику боевого стресса, психологическую поддержку участникам боевых действий, психологическую реабилитацию лиц, получивших боевую психическую травму.

Важнейшим этапом психологической помощи является **диагностика боевого стресса у военнослужащих**.

Психодиагностика боевых психических расстройств представляет собой совокупность взаимосвязанных процедур по выяв-

[1] См.: *Габриэль Р.* Героев больше нет.

лению фактов наличия психотравм, их идентификации и оценке, принятию решения по объему, срокам, средствам способам психокорректирующего воздействия на военнослужащих в целях их быстрого возвращения в строй или в мирные условия жизнедеятельности.

Целью *психодиагностики* выступает выявление степени психического здоровья и боеспособности конкретного военнослужащего.

Основными средствами выявления и оценки психических расстройств в боевой обстановке являются *методы визуальной психодиагностики и психодиагностическая экспресс-беседа*. После эвакуации психотравмированных воинов из угрожающей обстановки могут проводиться дополнительные психодиагностические мероприятия с использованием различных тестовых методик. В процессе визуальной психодиагностики и беседы с пострадавшим фиксируются и оцениваются показатели типов отрицательных психических реакций, описанных выше.

Экспресс-диагностика позволяет выявить военнослужащих, симулирующих психическую травму, определить воинов с непатологическими и патологическими психогенными реакциями (данные группы военнослужащих после краткого психокорректирующего воздействия направляются в боевые порядки для дальнейшего участия в боевых действиях), выявить людей с невротическими состояниями (они направляются в батальонные медицинские пункты или пункты психологической помощи), определить и представить к эвакуации в медицинское подразделение соединения лиц с психотическими расстройствами.

Диагностическая экспресс-беседа заключается в постановке перед военнослужащим, демонстрирующим неадекватное боевой ситуации поведение, вопросов, позволяющих оценить степень его ориентированности в пространственно-временных, тактических элементах боевой обстановки, в собственной личности и способность управлять своим поведением. Как правило, задаются простые, краткие, доступные для понимания в экстремальной обстановке вопросы: Кто Вы? Как Ваши фамилия, имя, отчество? Из какого Вы подразделения? Какую задачу выполняете?

Как долго вы здесь находитесь? Где находятся командир и личный состав подразделения? Где противник? Что собираетесь делать дальше? И т. д.

В ходе беседы фиксируются: наличие ответов и их адекватность; время, затрачиваемое опрашиваемым на обдумывание ответа; невербальные проявления и т. д.

Визуальная экспресс-диагностика состоит в наблюдении за внешними проявлениями военнослужащего по специальной схеме (карте), в фиксации определенных паттернов и последующей интерпретации полученной психологической информации.

Своеобразной схемой и одновременно ключом для визуальной диагностики может стать описанная выше градация психических расстройств, предложенная Ю. А. Александровским[1].

В соответствии с ней к непатологическим (физиологическим) невротическим явлениям относятся реакции на боевой стресс (адаптационные реакции). Они проявляются в повышенной эмоциональной напряженности и психомоторных изменениях, вызванных страхом (множество нецелесообразных движений; беспорядочное, бесцельное метание; ступорозное обездвижение; отрывистая, несвязная речь). К названным симптомам прибавляются такие вегетативные реакции, как учащенное мочеиспускание, дисфункция желудка и кишечника, тошнота, головокружение, ознобоподобный тремор, изменение пигментации кожных покровов, ощущение нехватки воздуха, чувство удушья, ощущение сильной физической слабости, жара или холода и др.

Психогенные патологические реакции проявляются в симптомах астенического, депрессивного, истерического и других синдромов. Основным показателем того, что наблюдаемая симптоматика отражает не психотический уровень травматизации военнослужащего, является сохранение им в достаточной степени критической оценки происходящего и способности к целенаправленной деятельности.

---

[1] См.: *Александровский Ю. А.* Пограничные психические расстройства. М. : Медицина, 1991.

Для грубой визуальной психодиагностики психологических реакций и состояний военнослужащих в боевой обстановке можно использовать своеобразную «Карту симптомов боевого стресса», составленную нами по описанию симптомов психических проявлений у участников Е. В. Снедковым[1] (см. *Приложение 1*).

Как было показано выше, приоритетной задачей экспресс-диагностики является выявление лиц, симулирующих боевую психическую травму.

3.2. Психологическая поддержка участников боевых действий

Психологическая поддержка направляется на актуализацию имеющихся и создание дополнительных психологических ресурсов, обеспечивающих активные действия военнослужащих на поле боя.

Она в профилактическом плане (в целях снижения боевой активности и предупреждения развития отрицательных психологических явлений) оказывается всем военнослужащим, а в качестве средства психологической коррекции применяется по отношению к лицам с симптомами непатологических и патологических психогенных реакций.

В процессе **всего периода боевых действий** общими для всех участников боевых действий мерами психологической поддержки должны быть: ведение строгого контроля за продолжительностью и качеством сна, рациональное чередование активной деятельности и отдыха; регулирование продолжительности пребывания военнослужащих в соприкосновении с противником; защита войск от психологических операций противника; укрепление чувства единства армии с народом; предупреждение безделья военнослужащих; проведение рекреационных, культурно-досуговых и информационно-воспитательных мероприятий.

Известно, что главными факторами развития дистресса и травматического стресса выступают: во-первых, *нарушения и задолжен-*

[1] *Снедков Е. В.* Боевая психическая травма.

ность сна, и во-вторых, продолжительность воздействия боевых стресс-факторов и физических нагрузок, вызывающих утомление.

Поэтому на их профилактику и должна быть направлена психологическая поддержка. Рассмотрим некоторые способы систематической профилактики боевого стресса.

1. *Физиологические способы*. Как бы ни развивались боевые действия, командир должен стремиться к тому, чтобы дать поспать непосредственным участникам боевых действий – 4 часа и лицам, занимающимся умственной деятельностью (работники штабов), – не менее 6 часов в сутки.

2. *Организационные способы*. Учитывая опыт войн и военных конфликтов, когда после нескольких дней непрерывного пребывания в течение нескольких дней на передовой большое количество военнослужащих утрачивало боеспособность из-за страха и утомления, необходимо периодически давать военнослужащим возможность отдохнуть во втором эшелоне, в резерве (во время Первой мировой войны были на линии огня: немецкие батальоны – 12 дней, английские – 8 дней; во время Второй мировой войны дивизии вермахта выводились на отдых после того, как теряли убитыми и ранеными до 20% личного состава).

Для предупреждения психических расстройств в американской армии со времен второй мировой войны осуществляли ротацию участников боевых действий через 6 мес., так как дезадаптация у большинства солдат развивалась через 8–12 мес. после прибытия на фронт. Во время войны в Корее (1950–1953) в американской армии был внедрен **принцип «ротации»**, при котором длительность пребывания в районе боевых действий ограничивалась девятью месяцами и каждый солдат заранее знал о точной «дате ожидаемого возвращения из-за моря» для удобства обозначаемой аббревиатурой DEROS (Date Expected to Return from Overseas). При этом замена участников боевых действий осуществляется не отдельными военнослужащими, а целыми подразделениями, что позволяет сохранить на все время их боевых действий групповую сплоченность[1].

---

[1] См.: *Литвинцев С. В., Снедков Е. В., Резник А. М.* Боевая психическая травма. С. 42.

Особое внимание командиров в боевой обстановке должно быть обращено на недопущение бездействия личного состава. Доказано, что чем дольше длится такое бездействие, тем хуже оно переносится личным составом и тем больше создается возможностей для развития неблагоприятных психических состояний. Это особенно важно при участии войск в локальных военных конфликтах, характеризующихся чередованием периодов интенсивной боевой деятельности и «мирной» жизнедеятельности.

3. *Социальные способы.* Как было показано, одной из причин снижения уровня мотивации, возникновения негативных психических состояний у участников военных конфликтов является реальная или кажущаяся утрата социально-психологического единства воюющей армии со своим народом. Это явление наблюдалось в контингенте советских войск в Афганистане, в российских частях в Чеченской республике в 1995–1996 гг., в американской армии во Вьетнаме. Следовательно, важной задачей психологической поддержки участников боевых действий является всемерное укрепление или фиксированное обозначение наличия таковых связей. Опыт такой работы накоплен в некоторых частях ВС РФ. Например, во время боевых действий в Чеченской республике руководство СибВО постоянно и эффективно использовало эту форму психологической поддержки.

Существовавший воздушный мост между Сибирью и зоной боевых действий в Чеченской республике интенсивно использовался не только для переброски военных грузов, но и для доставки посылок, почты, подарков воинам от родных, близких и земляков. Регулярно в район боевых действий выезжали концертные бригады, представители общественности. Все это, по оценкам участников боевых событий, придавало им уверенность, вселяло надежду в сердца, поднимало боевой дух, положительно влияло на психологический климат в воинских коллективах. Окружная газета «Воин России» с января 1995 г. начала готовить регулярные спецвыпуски для воюющих в Чечне военнослужащих. Рассказы о семьях, публикации фотографий домочадцев, рукописные приветы прямо на газетных полосах не могли не сказаться на настроении и самочувствии воинов.

4. *Коммуникативные способы.* Еще более жесткие меры должны быть предприняты для предупреждения эффективного психологического воздействия на военнослужащих со стороны противника и негативно настроенного местного населения. Здесь недостаточны чисто организационные меры (запрещение несанкционированных контактов с населением, изъятие у личного состава личных радиоприемников, назначение ответственных за сбор и уничтожение пропагандистских материалов, выявление, подавление и уничтожение средств психологического воздействия и др.). Важная задача состоит в создании и актуализации у военнослужащих интеллектуальных и эмоциональных барьеров, исключающих или существенно снижающих их подверженность информационно-психологическому воздействию противника. Для этого необходимо на ярких и убедительных примерах показывать цели, способы, психологические механизмы и возможные последствия такого воздействия. В данном плане весьма эффективными считаются такие методы групповой психологической работы, как психологические тренинги, обсуждение конкретных ситуаций, и др.

5. *Фармакологические способы* состоят в усилении и коррекции психологического ресурса участника боевых событий за счет применения витаминов, настоев из целебных трав и иных препаратов, имеющих не вызывающий зависимости психотропный эффект.

Опыт боевых событий в Афганистане, Чечне, Вьетнаме, в зоне Персидского залива и в других регионах мира показывает, что фармакологические средства могут быть использованы в целях: повышения активности действий личного состава в условиях опасности и хронического утомления (препараты группы психостимуляторов); снятия чрезмерной психической напряженности (релаксаторы); ускорения процесса адаптации военнослужащих к экстремальным условиям жизнедеятельности, повышения показателей работоспособности отдельных психических функций и др. Исследования, проведенные в Чечне группой медицинских специалистов, показали высокую эффективность применения ряда фармакологических средств для повышения боеспособности военнослужащих: препараты сиднокарб и пирацетам – для купирования боевого стресса; феназепам и седуксен – для снятия острых

психотических реакций военнослужащих; пирроксан – в целях повышения скорости и точности реакций водительского состава; сиднокарб, элеутерококк, поливитамины – в интересах коррекции астено-депрессивных состояний.

Проверенным средством регуляции психической деятельности в обстановке действия психотравмирующих факторов являюся поливитамины «Аснитин», «Аэровит», «Гексавит», «Декамивит», «Ревит», «Рибовит», а также психотропные травы: валериана, пустырник, синюха голубая, пион уклоняющийся, мелисса, душица обыкновенная, хмель обыкновенный, вахта трехлистная, фиалка трехцветная, полынь обыкновенная, мята перечная (см. *Приложение 2*).

Опыт боевых действий практически всех армий и эпох свидетельствует о том, что эффективность боевых действий войск в значительной мере определяется тем, как противоборствующим сторонам удается преодолевать страх.

На современном уровне развития военно-психологической науки для профилактики страха и паники рекомендуются следующие мероприятия[1].

1. Занятие военнослужащих конкретной деятельностью, особенно на этапе подготовки к бою. Опросники, заполненные несколькими сотнями солдат бригады Абрахама Линкольна, – ветеранами гражданской войны в Испании – показали, что 71% из них переживали страх перед битвой и только 15% во время самой акции.

Долг военного психолога, командира – прийти на помощь солдату. Прежде всего нужно занять солдата в бою. Сделать так, чтобы у него пропала мысль об опасности боя. Безделье на всех этапах боя – кратчайший путь к страху и панике.

2. Формирование у военнослужащих четкого представления о противнике, задачах и условиях предстоящего боя, порядке и сиг-

---

[1] См.: *Боринг Э.* Психология для Вооруженных Сил. Вашингтон: Гарвардский университет, 1943 ; *Краснов П.* Душа армии. Очерки по военной психологии. Берлин, 1927 // Душа армии ; *Хаханьян Г.Д.* Основы военной психологии. М ; Л., 1929 ; *Шумков Г.Е.* Психика бойцов во время сражений. СПб., 1905. Вып. I.

налах взаимодействия, о правилах эффективного применения оружия и боевой техники и т. д. Чем больше солдат знает о неприятеле и ситуации на фронте, тем больше он устойчив к страху, панике и дезинформации.

3. Поддержание строгой дисциплины. По словам выдающегося немецкого военного специалиста Мольтке: «армия без дисциплины во всех случаях есть дорогостоящее, для войны негодное и во время мира полное опасности учреждение», а Десборделье подчеркивал, что «дисциплина – это душа армии, от поддержания и точного соблюдения ее зависят судьба войска и успех предприятий… лишь дисциплина может объединить волю каждого в воле начальника, может понудить энергию и храбрость каждой отдельной личности слиться в общем интересе, что обеспечивает порядок и доверие, без которых храбрость и самопожертвование бесполезны». Могучее войско может вырасти только на твердой, устойчивой почве воинской дисциплины.

Э. П. Утлик считает воинскую дисциплину своеобразным социально-психологическим механизмом регуляции психологии воинского коллектива в боевой обстановке, источником мотивации, синергии, психологической поддержки, важнейшим фактором предупреждения развития страха и паники в войсках.

4. Высокая боевая обученность воинов. В бою под воздействием стресс-факторов боя дольше сохраняются лишь те навыки действий, которые доведены в мирное время до автоматизма.

5. Поддержание среди личного состава спокойствия и самообладания, предупреждение и пресечение панических настроений и слухов. Не только страх, но и самообладание являются заразительными. Особенно это касается командира. Если дух начальника подавлен «и он это покажет, если он только проявит свое волнение хотя бы в нескольких указаниях, его сомнения распространятся с чрезвычайной быстротой; они удесятеряются в силе в каждой инстанции командования; приказания становятся все более и более нервными и внизу иерархической лестницы возникает беспорядок».

Паникера необходимо немедленно убрать с глаз других солдат, так как «поражение психики бойца является для горячей бое-

вой работы более ощутимой потерей, нежели одиночная смерть бойца, не считая того, что нарушение психики не многих участников боя может расстроить и понизить психику многих других их сотоварищей, вызывая панику».

6. Создание условий для развития патриотизма, веры в Бога, в справедливость, в счастливое будущее, в возможность выжить, в то, что боевые товарищи обязательно спасут, не оставят в беде и т. д. Опыт показывает, что «верующие люди на войне получают огромную моральную поддержку в религии. Но, кроме моральной поддержки, которую дает религия бойцу при переживаемой им опасности, она играет еще и другую великую роль. Война, требующая от людей величайшего самопожертвования и подвига, в то же время разнуздывает и дурные страсти в людях, усыпленное культурой мирного времени варварство». Несомненно, что религия является задерживающим началом для роста извращений психики войны.

Сегодня уже хорошо понятно, что научить человека победить смерть – самое лучшее средство сделать его равнодушным к страху, «ибо выше всего именно страх смерти, страх неизвестности по ту сторону бытия. Человек цепляется за жизнь, потому что он не знает смерти. Всего неизвестного человек боится. Но если человек уверует в то, что его мыслящее и чувствующее «Я» со смертью не погибнет, – будет ли это «загробная жизнь бесконечная» христианства или Магометов рай, или Буддистское перевоплощение души в новое существо для новой жизни, – все равно эта вера подержит дух во время смертельной опасности и даст мужество смело умереть. Государство, которое отказывается от религии и от воспитания своей молодежи в вере в Бога… будет иметь трусливых солдат и нерешительных начальников. … оно будет побеждено людьми, сознательно идущими на смерть, верующими в Бога и бессмертие души.

Вера в справедливость войны также существенно укрепляет морально-психологическое состояние войск, порождает массовый героизм.

7. Развитие представлений о природе страха, о возможностях современной медицины и о статистике потерь на войне.

Когда солдат знает, что страх является естественным состоянием, что его переживают другие люди, в том числе неприятель, ему легче побороть его.

Командиры, военные психологи должны внушить солдату, что непереносимой боли не бывает. Что, «как только боль становится нестерпимой – является спасительное забытье. Объяснить, что зубная боль… гораздо больнее, чем боль при ранении. Рассказать солдату, что та пуля, которая чмокнула в землю или просвистела над ухом, тот снаряд, который разорвался, уже не ранят ... Снаряд, который ранит, пуля, которая ударит – их не услышишь. Рассказать ощущения ранения. Я был ранен – какая боль? Ну, – точно внезапно палкою ударило – все… Совсем не страшно. … Везде, на стрельбище, на учении показывать, как даже в спокойном состоянии духа много пуль летит даром.

Важно рассказывать об этом, приводя конкретные, понятные и яркие примеры. Действительно, чтобы уничтожить одного солдата противника 100 солдат, до конца используя дневной рацион боеприпасов в 360 патронов, должны вести огонь по нему 11 суток. При этом общий вес израсходованных на одного неприятеля пуль в 45 раз превысит его собственный вес.

В борьбе со страхом и паникой необходимо широко ознакомить бойцов с достижениями современной медицины, в частности хирургии; обучать бойцов действиям в обстановке опасности; доводить военно-технические навыки до автоматизма; вовлекать воинов в те виды спорта, которые связаны с опасностью, и др.

Солдат, идя в бой, должен быть абсолютно уверен в том, что санитарная служба организована образцово, что в случае ранения он *никогда не будет брошен* и что есть люди, которым вменено в специальную обязанность помочь ему при ранении, вынести его из боя и вылечить. Он должен верить, что об инвалидах войны позаботится государство, что быть инвалидом в этой стране почетно, что инвалид не в тягость обществу, а в славное напоминание подвига.

8. Хорошее физическое состояние бойцов противодействует страху. Физически тренированный солдат больше уверен в своих возможностях, меньше боится боли, в меньшей степени подвер-

жен утомлению, способствующему развитию страха. Он чаще использует вместо страха – гнев. Как известно гнев и страх имеют реципрокное соотношение, то есть не могут переживаться одновременно. Переживание гнева практически исключает возможность проявления чувства страха.

При всех прочих равных условиях, при одинаковом упорстве и военном искусстве противников, верх одерживает тот, кто оказывается более сильным физически. Кроме того, здоровье обусловливает до некоторой степени и сам боевой дух, упорство воина. По-видимому, срабатывает истина, гласящая: «В здоровом теле – здоровый дух».

Особое внимание командир должен уделять профилактике таких проявлений страха, которые сродни психическим расстройствам (фобиям): «минобоязнь», «снайперобоязнь», «танкобоязнь», «самолетобоязнь», «атомобоязнь», «водобоязнь» и др.

Непосредственно в ходе боевых действий применяются коммуникативные, организационно-деятельностные и аутогенные способы психологической поддержки[1].

К *коммуникативным способам* относятся: вербальные – доведение до военнослужащих мобилизующей информации; убеждение, по типу: «Мы справлялись и не с такими задачами, справимся и с этой»; внушение, по типу: «Ты справишься с этим!»; подкрепление, по типу: «Молодец!», «Орел!», «Герой!»; психологическое заражение настроением, по типу: «Мужики мы или нет?»; шутки, приказы, угрозы и др.; визуальные – контакт глазами, одобряющая пантомимика и другое; тактильные – прикосновения, пожатие руки, похлопывание по плечу, «встряхивание» и др.; эмоциональные – нахождение рядом с подчиненным в трудную минуту, сопереживание, дружеская улыбка и др.; деятельностные – личный пример активных и решительных действий, поддержка действиями и огнем, угощение сигаретой, водой и др.

---

[1] См.: *Захарик С. В.* Формирование психологической устойчивости у воинов-десантников к влиянию факторов современного боя (на основе боевых действий в Афганистане) : дис. … канд. психол. наук. М., 1993.

Организационные способы составляют: вывод военнослужащего в безопасное место; ликвидация или блокирование источников травматизации; предупреждение контактов военнослужащих с лицами, подвергшимися деморализации; твердое управление действиями подчиненных; постановка четких задач на продолжение боевых действий, по типу: «Рядовой Петров! Противник справа, за горящим автобусом. Уничтожить!» или «Петров! Посмотри на Сидорова. Он делает правильно. Делай, как Сидоров!»; организация целесообразного чередования напряженной деятельности, отдыха, сна, своевременного приема пищи и т. п.

Аутогенные способы психологической поддержки (самопомощь) на сегодняшний день являются наиболее известным, доступным и весьма эффективным средством регуляции психической деятельности. К их числу относят как простейшие приемы саморегуляции (успокаивающее и мобилизующее дыхание; расслабление мышц по контрасту; элементарные формулы самоубеждения, самовнушения, самоприказа, самоподкрепления), так и сложные психорегуляционные комплексы (аутогенная тренировка; самогипноз; медитация; нервно-мышечная релаксация и др.) (см. *Приложение 3*).

Американские специалисты рекомендуют следующую тактику психологической поддержки участников боевых действий (см. табл. 8).

Таблица 8

Объем первой психологической помощи на поле боя в зависимости от выраженности психической реакции

Тип психической реакции	Симптомы	Рекомендуемые меры помощи	Не рекомендуется
Нормальная	Тремор, мышечное напряжение, учащенное сердцебиение, тревожность, беспокойство, потливость, тошнота, диарея, частое мочеиспускание	Индивидуальная психофизическая поддержка, четкое руководство с подчеркиванием положительных ситуативных мотивов, общение с товарищами	Фиксация излишнего внимания на данном состоянии, подчеркивание серьезности положения, высмеивание, безучастие

Тип психической реакции	Симптомы	Рекомендуемые меры помощи	Не рекомендуется
Пониженная активность, депрессия	Военнослужащий находится в положении стоя или сидя без движений и разговоров, с безучастным выражением лица	Мягко установить контакт, добиваясь, чтобы он сообщил о случившемся. Проявить участие, выразить солидарность. Предложить простую рутинную работу. Обеспечить теплой пищей и сигаретами	Проявлять излишнюю жалость. Назначать седативные средства (за исключением крайних случаев). Проявлять гиперсолидарность
Индивидуальная паника	Безрассудные попытки к бегству, неконтролируемый плач, бег кругами	Проявить доброжелательную твердость. Дать съесть или выпить что-либо теплое. Предложить закурить. При необходимости – изолировать. Проявить участие	Проявлять грубые меры при изоляции. Обливать водой. Назначать седативные средства (за исключением крайних случаев)
Гиперактивность	Склонность к спорам, быстрая речь, выполнение ненужной работы, перескакивание с одной работы на другую. Высказывание бесконечных советов окружающим	Дать выговориться. Заставить выполнить физическую работу. Дать теплое питье, пищу, сигарету. Осуществлять контроль, не проявлять других чувств	Акцентировать внимание на состоянии воина. Вступать в спор. Назначать седативные средства
Реакция с преобладанием физических компонентов	Тошнота, рвота, функциональные параличи	Показать свою заинтересованность. Предложить простую, нетрудную работу. Создать необходимые условия для эвакуации в медицинский пункт. Воздерживаться от проявления других чувств	Говорить пострадавшим, что с ними ничего серьезного не случилось. Акцентировать внимание на их состоянии. Грубо высмеивать

Опыт показывает, что иногда события принимают такой драматический характер, когда в пылу боя большое количество военнослужащих утрачивает на время способность целенаправленно

управлять своим поведением. Они мгновенно могут выйти из боевого строя, из числа активных бойцов, и превратиться в «пушечное мясо». Так, в одном из эпизодов боевых действий мотострелкового полка в г. Грозном в январе 1995 г., личный состав подвергся массированному и ожесточенному огневому воздействию противника. Значительная их часть подверглась психотравматизации. «Около 30% оставшихся в живых воинов утратили способность вести активные боевые действия вследствие полученных психологических травм. У них отмечались подавленность, отрешенность от происходящего, глубокий аутизм, почти полное вербального контакта с окружающими. Этих военнослужащих после занятия круговой обороны вынуждено содержали вместе с ранеными и телами убитых под присмотром раненого офицера»[1].

Для экстренной психологической помощи военнослужащим, находящимся в подобном состоянии, отечественные и зарубежные военные психологи предложили **программу экспресс-помощи** (методику «кризисного отношения»). Она предполагает следующие действия:

1. Успокоение пострадавшего путем обращения к нему спокойным, но твердым голосом; с помощью четкой и ясной команды.

2. Обезопасить пострадавшего от поражения огнем и от самого себя (иммобилизовать).

3. Собрать максимум информации о причинах психотравмы и составить план оптимальных действий. Так, если военнослужащий только что стал свидетелем гибели боевого товарища, его речь несвязна, он не способен выполнять команды – он представляет опасность для себя и для окружающих[2]. Отдифференцировать боевую психическую травму от проявления растерянности или трусости: никакие призывы, уговоры, пощечины, угрозы не выводят военнослужащего из состояния дезориентации и лишь могут усугубить последствия травмы.

---

[1] См.: *Китаев-Смык Л. А.* Стресс войны: наблюдения врача-психолога. М., 2001.

[2] См.: *Макнаб К.* Психологическая подготовка подразделений специального назначения. С. 74.

4. Эвакуация пострадавшего в пункт психологической работы (ППР) или в медицинское подразделение.

5. В ППР необходимо обмыть военнослужащего (при нехватке воды – лицо и руки) теплой водой. В идеальном состоянии погрузить его в теплую ванну (бочку; отвести в полевую баню или душ при ППР – *доп. наше*).

Как вариант – растереть кисти рук и ступни ног шерстяной тканью и разогреть энергичным массажем. (Дело в том, что при сильном стрессе отмечаются локальные сосудистые реакции, связанные с перераспределением кровотока, со спазмом периферических сосудов в отдаленных отделах конечностей. Не случайно при стрессе отмечаются «ледяные руки» и «зябкие ноги». Холодные кисти и стопы при стрессе известны как **синдром «перчаток» и «носков»**. Первоначальное, эволюционно-приспособительное значение этих физиологических реакций было связано с уменьшением риска кровопотери при травмах (при физическом противоборстве первобытного человека с хищным зверем или с себе подобным повреждение именно этих частей тела было наиболее вероятным) – *дополнение наше*).

6. Дать военнослужащему горячее питье и малую дозу успокоительных средств.

По мнению А. Кучера и А. Крохмалева, при отсутствии необходимых медикаментов можно использовать промедол из шприц-тюбика индивидуальной аптечки или 50–100 мл алкоголя. Возможно сочетание 50 мл алкоголя и 2 мл промедола.

7. Обеспечить пострадавшему сон.

8. После того, как военнослужащий проснется, его следует накормить (желательна пища, богатая белком – *прим. наше*) и вновь уложить спать на несколько часов.

9. После этого определить степень психотравмы и меры по восстановлению военнослужащего[1].

Боевые действия частей Сухопутных войск в Чечне показали, что потребность военнослужащих в психологической поддержке

---

[1] См.: *Крахмалев А. В., Кучер А. А.* Причины БПТ, ее проявления и первая помощь // Проблемы военной психологии. Мн. : Харвест, 2003. С. 193–200.

особенно остро ощущается в 1–5-е сутки и после 30 суток участия в боевых действиях. Именно в это время отмечалось больше всего потерь среди личного состава и высокой была подверженность воинов психогениям.

В случаях, когда военнослужащие подвергаются психогенным расстройствам, характеризуемым по классификации Ю. А. Александровского как психогенные невротические состояния, требуется осуществление психореабилитационных мероприятий. Показаниями к этому служат симптомы неврастении, истерического и депрессивного неврозов, невроза навязчивых состояний (клаустрофобии, агорафобии, минобоязнь, снайперофобии, фатальная уверенность о своей близкой смерти и др.), сопровождающихся в ряде случаев утратой критического понимания происходящего и возможностей целенаправленной деятельности.

3.3. Психологическая реабилитация комбатантов

Психологическая реабилитация представляет собой комплекс психофизиологических, психотерапевтических, организационных и медицинских мероприятий, направленных на восстановление нарушенных (утраченных) психических функций и коррекцию социального статуса военнослужащих, получивших боевую психическую травму. В зависимости от глубины психических расстройств военнослужащих, она может начинаться как непосредственно в боевой обстановке и продолжаться в стационарных медицинских учреждениях страны.

Основными задачами психологической реабилитации являются: диагностика психических расстройств у военнослужащих; восстановление боеспособности; восстановление нарушенных (утраченных) психических функций; коррекция самосознания, самооценки и самочувствия военнослужащих, обеспечивающая продолжение участия в боевых действиях; формирование простейших навыков саморегуляции психических состояний и др.

В процессе психологической реабилитации обеспечивается отреагирование травматической ситуации; переработка пострадавшим травматического опыта, снятие эффекта уникальности,

придание смысла, принятие и интеграция травматического опыта в личностную историю и актуальное бытие, социально-психологическая поддержка военнослужащих.

Как было подчеркнуто выше, боевая практика доказала необходимость строгого соблюдения ряда принципов оказания психологической помощи. С учетом опыта психологической помощи в войнах и военных конфликтах XX–XXI вв. можно сформулировать комплекс принципов, следование которым позволяет достигать эффективности вспомоществования участникам боевых действий. Для лучшего запоминания этот комплекс можно обозначить акронимом «БЛОКПОСТ», по первым буквам, включенных в него принципов:

Принцип близости – требует осуществления основных мероприятий психологической реабилитации в пунктах психологической помощи и медицинских подразделений воинских соединений и частей.

Принцип личностного похода – требует относиться к военнослужащим, получившим боевую психическую травму, не как к больным, а как к лицам, нуждающимся во временном отдыхе и помощи, и которые будут обязательно возвращены в боевой строй; недопущение расположения пунктов психологической помощи в пределах видимости от госпиталей и медицинских подразделений, организация посещения пострадавших командирами и сослуживцами, выражающими надежду на возвращение их в боевой строй.

Принципы оперативности – предполагает незамедлительное начало реабилитации сразу после обнаружения у военнослужащих психологических проблем с целью обеспечения отреагирования травматического события, трансформации его смысла и оказания пострадавшим социальной поддержки.

Принцип краткосрочности – ориентирует на необходимость проведения психологической помощи воинам в течение ближайших 12–72 часов в целях профилактики возникновения вторичной выгоды.

Принципы простоты – требует использовать при психологической помощи наиболее простые методы и средства, которые можно реализовать в необходимом объеме в боевой обстановке.

Принцип обеспеченности – требует создания соответствующей методической и материально-технической базы для оказания психологической помощи, без которой она превращается в пустой лозунг.

Принцип системности – определяет, что психологическая реабилитация участников боевых действий должна осуществляться: командирами, специалистами психологической работы, медицинскими работниками; в пунктах психологической работы, медицинских подразделениях, воинских подразделениях; на различных этапах эвакуации; с помощью физиологических, психологических, социально-психологических и медикаментозных средств и способов.

Принцип твердости – требует: твердого проведения линии на выявление и наказание лиц, симулирующих боевые психические травмы; ориентации системы психологической помощи преимущественно на восстановление боеспосбности, а не абсолютного психического здоровья; соблюдение пострадавшими военной формы одежды; включение их во временные подразделения; вовлечение в выполнение простейших обязанностей по охране и всестороннему обеспечению функционирования пункта психологической помощи.

Наиболее широкое применение в практике психологической реабилитации военнослужащих нашей и многих зарубежных армий находят следующие **способы**: физиологические (глубокий сон, отдых, качественная, насыщенная белком пища, обильное питье, душ, полевая баня); аутогенные (выполнение приемов психической саморегуляции, аутотренинг, медитация и др.); медикаментозные (седативные препараты, транквилизаторы, антидепрессанты, ноотропы, актопротекторы, психостимуляторы, фитотерапия, витаминотерапия и др.); организационные (установление четкого режима работы и отдыха, вовлечение военнослужащих в активную боевую учебу, несение службы, сохранение военной формы одежды); психотерапевтические (психологические дебрифинги, индивидуальная и групповая рациональная психотерапия, музыко-, библио-, имаго-, арт-, натуротерапия).

Изучение отечественного и зарубежного опыта психологической помощи участникам боевых действий позволяет **представить ее принципиальную схему**:

1. В боевой обстановке все военнослужащие, которые в ходе экспресс-диагностики относятся к категории психогенных потерь, направляются **командирами** в батальонные медицинские пункты, медицинскую роту соединения, Пункт психологической работы для оказания психологической помощи.

2. После боя целесообразно проводить «послебоевой строевой смотр», одной и задач которого считать выявление психотравмированных военнослужащих и направление их в ППР.

3. В каждом подразделении, принимавшем участие в активных боевых действиях, необходимо проводить интервенции в форме обсуждения стресса, а в подразделениях, имеющих боевые потери, в пределах 48 часов следует проводить психологический дебрифинг (дебрифинг стресса критических инцидентов) (см. *Приложение 4*).

Решением этих задач достигаются две главные цели: 1) как можно в более короткие сроки **вернуть пострадавших в боевой строй** и 2) **предотвратить развитие у них посттравматического стрессового расстройства**.

Таким образом, психологическое сопровождение боевых действий войск представляет собой процесс непрерывного мониторинга (отслеживания, выявления, анализа и оценки) психологических условий выполнения боевых задач, осуществления психологической поддержки военнослужащих и проведения психологической реабилитации с лицами, подвергшимися травмирующему воздействию психогенных факторов боя.

Психологическая поддержка должна быть комплексной и сочетать как мероприятия, встроенные в ткань боевой жизнедеятельности войск, так и меры экстренного психологического вмешательства, осуществляемого психологами, командирами и самими военнослужащими.

Эффективность психологической реабилитации будет выше, если она будет строиться на основе строго соблюдения принципов неотложности, краткосрочности, приближенности, выжидательности, централизованности и простоты.

Глава 4. Психологическая помощь ветеранам боевых действий

4.1. Социально-психологическая реадаптация участников боевых действий

Чтобы выжить среди ужасов и хаоса войны, участникам боевых действий необходимо перестроить свою психическую структуру, перевести психику на «военный режим» функционирования, адаптироваться к наиболее грозным стресс-факторам. С первых дней участия в боевых действиях (а часто и раньше начала) у воинов запускаются механизмы краткосрочной и долгосрочной адаптации, выработки специфических копинг-стратегий, навыков повседневного выживания.

Работа адаптационных механизмов проявляется в трех векторах влияния на психику воина.

1. **Положительный вектор влияния войны** на участников боевых действий приводит к формированию у них следующих психологических образований:

- глубокое и всестороннее самопознание: познание своих интеллектуальных, эмоциональных, волевых возможностей;
- приобретение уникального опыта жизнедеятельности и поведения в экстремальных условиях, боевого опыта и житейской мудрости;
- приобретение опыта открытого, спонтанного, бесхитростного общения;
- тренировка аппарата стрессового реагирования, закалка физического и психического здоровья.

В процессе приспособительной активности психика воина радикально перестраивается, «военизируется», приобретает свойства «сверхчувствительности», «сверхреактивности», «сверхпонимания» и др. Такие трансформации происходят на психофизиологическом, психологическом, социально-психологическом уровнях и порой доходят до паранормальных уровней. У человека как бы формируется специальный психологический «орган», позволяющий мгновенно понимать логику движений элементов зрительного

поля, звуковых стимулов, значение слов, жестов, поступков других людей. Из системы его отношений с сослуживцами быстро вымываются условности, различного рода «косметические» средства коммуникации. Отношения с окружающими становятся предельно конкретными, простыми, чрезвычайно чувствительными к фальши, неискренности, эгоизму, шкурничеству. Этот орган «оттачивает» свою работу и становится мощным регулятором поведения воина.

Привычка открытого, бесхитростного, простого общения ведет к тому, что механизмы психологической защиты в своем бездействии детренируются. Вернуть «психологически обнаженного» человека в мирную жизнь без предварительной специальной подготовки – значит создать условия для его социальной дезадаптации и даже психологических расстройств.

2. **Нейтральный вектор влияния войны** связан с обострением (формированием) у воинов ряда **специфических потребностей**:

- **быть понятым** обществом, ближайшим окружением в отношении мотивов, двигавших им на войне, аргументов, объясняющих необходимость, социальную значимость участия в жестоком насилии;
- **быть принятым** в систему социальных связей и отношений с возвысившимся статусом, статусом защитника Родины, человека-воина;
- **быть признанным** как человек, честно и добросовестно выполнивший свой гражданский и воинский долг;
- **избавиться** от неактуальной психической напряженности, накопившейся на войне.

3. **Отрицательный вектор влияния войны проявляется в процессе перманентной психотравматизации военнослужащих** (рассмотрен в предыдущей главе).

Война, если можно так выразиться, больше «специализируется» на том, чтобы ломать, а не созидать. Человеческое существо весьма уязвимо перед психотравмирующими факторами боя. «История показывает, что как бы хорошо ни были подготовлены войска, какими бы слаженными ни были их действия, какими бы умелыми и знающими ни были их командиры, многие солдаты

не выдерживают тех психологических нагрузок, которые наваливаются на них в ужасе боя»… «находясь длительное время на поле боя, невозможно не страдать от различных психологических расстройств»[1]. Объемы таких расстройств приобретают поистине гигантские масштабы.

Все три вектора влияния войны на человека ведут к радикальной перестройке его психики. Однако к**омплекс приобретенных на войне адаптивных реакций становится дезадаптивным за пределами зоны боевых действий**. Подчеркнем еще раз, если человека с такими, закрепленными в психике, следами войны неподготовленным вернуть в мирные условия жизнедеятельности, он может быть **травмирован вторично**. И эта психическая травма, вызванная неподготовленным столкновением со ставшим непонятным, дискомфортным и чужим, мирным обществом может быть сильнее, чем боевая психическая травма.

В таких условиях перед воюющей армией и государством остро встают следующие **проблемы**:

Во-первых, каким образом вернуть в социум полноценных в психологическом и нравственном отношении граждан, и как одновременно защитить общество от агрессии и неконтролируемой спонтанной воинственности.

Во-вторых, как уберечь ветеранов войны, по существу, с «обнаженной», незащищенной психикой от травмирующего воздействия жестокой мирной жизни.

В-третьих, как завершить войну не только юридически, нравственно, но и психологически.

В социальном сознании и практике зафиксированы несколько, в корне отличающихся друг от друга **критериев окончания войны**. Первый заключается в подписании мирного договора между воевавшими сторонами. Этот наиболее эффективный, доступный для восприятия и понимания акт решает вопрос о прекращении войны юридически.

Иногда для определения реального завершения войны применяют духовно-нравственный критерий. В соответствии с ним вой-

[1] *Габриэль Р*. Героев больше нет.

на завершается тогда, когда тело последнего погибшего на поле боя солдата будет предано земле.

Видимо, вполне правомерно использовать и психологический критерий, гласящий, что «война оканчивается тогда, когда последний солдат психологически вернется с нее домой».

На самом деле многочисленные исследования отечественных и зарубежных психологов показывают, что физическое перемещение солдата с поля боя в мирную обстановку далеко не всегда означает интеллектуальное, эмоциональное, «ощущенческое» возвращение в обстановку повседневных связей и отношений.

Сказанное ставит остро вопрос о **необходимости организованного, управляемого психологического возвращения участников боевых действий в мирную жизнь**.

Эта проблема относительно нова и возникла в существующем масштабе в конце 20-го столетия.

Она связана с появлением нового типа войн – войн малой интенсивности или, как их называют на Западе, войн «трех кварталов». На примере боев в Дамаске видно, что когда в одном квартале города идут ожесточенные бои, в других кварталах может продолжаться вполне нормальная мирная жизнь (дети ходят в школу, влюбленные женятся и празднуют свадьбы, работают рестораны и кафе, отпускники отправляются на отдых и т. д.). В таких условиях солдат в течение дня может несколько раз оказываться то в боевой, то в мирной обстановке. Происходит сшибка идентичностей, постоянная перенастройка психики, деформация мотивации.

Быстрое, неподготовленное возвращение участников современных войн в мирные условия жизни порождает ряд психологических проблем. Современный боец может утром участвовать в жестоком и кровопролитном бою в зоне боевых действий, в обед его может заменить прибывший на замену военнослужащий, а к вечеру, еще не остывший от возбуждения боя, не смывший с себя крови (своей и противника), он может оказаться на улицах мирного города. Здесь его может случайно толкнуть прохожий, резко окрикнуть полицейский, грубо ответить кассир в билетной кассе. Последствия подобных ситуаций предсказать трудно.

Раньше (после Первой и Второй мировых войн) участники боевых действий возвращались на родину на поездах, кораблях, повозках, пешком, в течение многих недель и месяцев. Сотни раз они делились друг с другом своими воспоминаниями, сомнениями, страхами, чувствами. Каждый сотни раз выступал для товарищей терапевтом, консультантом, понимающим слушателем. В ходе этих «задушевных» бесед срабатывали психологические механизмы **отреагирования, когнитивно-смысловой переработки травматического опыта в условиях действенной эмоциональной поддержки**, **интеграции этого опыта в личностную историю и актуальное бытие**.

Сегодняшнее, психологически неотреагированное возвращение участников боевых действий действует подобно **кессонной болезни** («вскипание крови» в результате быстрого подъема водолаза из глубины). Ветеран с «военизированной психикой», оказавшийся в мирном обществе, подобен человеку **без кожи** (знаменитого фрейдовского «защитного слоя» личности). Любое прикосновение к нему вызывает **боль и кровотечение**.

Это отчетливо поняли и почувствовали американцы. Они разработали стратегию организованного психологического возвращения участников войны в мирное общество. После войны в течение 90 дней американские ветераны (по крайней мере, морские пехотинцы) боевых действий проходят реабилитацию в лагерях постразвертывания. Надо отметить, что в советское время в нашей армии проводились месячные реадаптационные мероприятия с военными моряками после длительных плаваний, однако они практически не содержали психологического аспекта.

В отечественной психологии сегодня имеются наработки, составляющие теоретическую основу для **социально-психологической реадаптации** (психологической декомпрессии, остывания) – специального, продолжительного, организованного периода перевода психики участников боевых действий с военного на мирный режим функционирования, постепенного, «щадящего» включения их в систему социальных отношений мирного времени.

По современным представлениям социально-психологическая реадаптация участников боевых действий включает:

- специальный период жизнедеятельности частей и подразделений, своеобразный «психологический карантин» («психологическая дезинфекция»);
- создание реадаптирующей среды вокруг ветеранов боевых действий в семье, подразделении, части;
- выявление ветеранов с симптомами хронического стресса, посттравматического стресса (ПТСР), личностного кризиса и проведение с ними мероприятий психологической реабилитации.

«Психологический карантин» предполагает:

- когнитивно-смысловую переработку, структурирование травматического и субтравматического боевого опыта, отреагирование травматических ситуаций;
- удовлетворение специфических потребностей ветеранов (тщательный разбор боевых действий личного состава, по возможности положительная оценка вклада каждого военнослужащего в решение боевых задач);
- психологическую подготовку ветеранов к типовым травматогенным ситуациям мирной жизни;
- постепенный перевод психики с военного на мирный режим функционирования (уровень бдительности, психического напряжения, готовности, реактивности и т. д.);
- снятие боевого напряжения (вовлечение военнослужащих в динамичную, нескучную и несложную деятельность);
- выявление военнослужащих, получивших боевые психические травмы и оказание им психологической помощи;
- постепенное, поэтапное вовлечение людей с «невоенизированной» психикой в контакты с ветеранами боевых действий.

Создание реадаптирующей среды предполагает:

- удовлетворение специфических потребностей ветеранов (достойную встречу участников боевых действий; публичное признание социальной значимости их участия в боевых действиях, их нового, более высокого социального статуса; понимание специфических ценностей боевого братства, особенностей психических реакций и поведения ветеранов);

- когнитивно-смысловую переработку травматической информации и отреагирование травматических ситуаций (вовлечение ветеранов в активную общественную работу);
- создание системы социальной поддержки ветерана (благоприятной психологической атмосферы в семье, в коллективе; раннее выявление, быстрое и позитивное разрешение межличностных конфликтов с участием ветеранов; создание условий для общения ветеранов).
- постепенное «стирание» социальной стратификации по критерию участия в боевых действиях.

Таким образом, в осуществлении социально-психологической реадаптации участников войны не меньшее, а может быть, и большее значение имеет работа с обществом, готовящимся к встрече ветеранов. Именно от его готовности и способности принять и ассимилировать людей с «обнаженной психикой» в значительной степени зависит, разовьются отдельные психологические последствия участия в войне в посттравматическое стрессовое расстройство или нет.

Раннее выявление и реабилитация лиц с хроническими и посттравматическими стрессовыми расстройствами

Сегодня уже очевидно, что низкой эффективностью обладают исключительно медикаментозные подходы в лечении ПТСР. Выше отмечалось катастрофическое по масштабам распространение среди американских солдат различного рода «психиатрических наркотиков».

Не снижается и число участников боевых действий, страдающих ПТСР. Среди тех, кто воевал в Афганистане и Ираке количество лиц с ПТСР составляет более 20%. Это в 2 раза превышает уровень психотравматизации американских военнослужащих в боевых действиях в Корее (1950–1953 гг.) и во Вьетнаме (1965–1973 гг.). Даже среди военнослужащих, принимающих участие в развертывании войск и не вступающих в боевой контакт с противником значителен процент лиц с отдельными симптомами. Согласно результатам оценки психического здоровья военнослужащих этой категории 38% армейского персонала и 31% морских

пехотинцев имеют различные психологические симптомы. Среди тех, кто участвовал в боевых развертываниях более одного раза, число лиц с негативными психологическими симптомами возрастает до 40% у армейского персонала и 35% – у морских пехотинцев. Изучение посттравматических стрессовых расстройств у военнослужащих-женщин показало, что ими страдают почти 40% от их общей численности в американских вооруженных силах[1].

Не помогают медикаменты американским психологам справиться с огромными масштабами самоубийств среди военнослужащих, участвующих в боевых действиях. По данным американских специалистов, число самоубийств в армии США превышает численность боевых потерь в Афганистане. С 2005 г. до 2010 г. в американских вооруженных силах каждые 36 часов совершался один акт самоубийства. В июле 2011 г. был поставлен своеобразный «рекорд», когда 33 действующих и находящихся в резерве военнослужащих покончили жизнь самоубийством. Еще выше смертность от суицидов среди ветеранов боевых действий. Ветераны войн совершают суициды каждые 80 минут. Хотя только 1% американцев проходили службу в зонах боевых действий в Ираке и Афганистане, они совершают около 20% всех самоубийств в стране[2].

В связи с этим специалисты стремятся перейти от чрезмерного использования медикаментозных препаратов к психологическим технологиям. Особый упор делается на формирование у военнослужащих психологической устойчивости. Так, Пентагон заказал известному американскому психологу Мартину Селигману «Тре-

---

[1] Military Psychologist. URL: http://www.allpsychologycareers.com/career/military-psychologist.html (дата обращения: 25.10.2015).

[2] *Hsu Jeremy.* Military Wants 'Minority Report' for Suicide Prevention // TechNewsDaily. September 28 2012 01:38 PM ET ; *Harrell M. C. and Berglass N.* Losing the Battle. The Challenge of Military Suicide. [*Policy Brief*]. October 2011. URL: http://www.apadivisions.org/division-19/index.aspx//http://www.apadivisions.org/division-19/students-careers/military-psychology/index.aspx (дата обращения: 25.10.2015).

нинг резистентности» (по программе формирования всесторонне пригодного солдата) с 1,5 миллионами американских военнослужащих. На проведение тренинга выделено более 100 млн дол.[1]

В работе с психологическими последствиями участия в боевых действиях американцы делают все больший уклон в сторону работы с образом и смыслом психотравмы, а не ее симптоматикой. Для этого ведутся исследования по использованию в реабилитационной работе систем виртуальной реальности, современные персональные средства коммуникации (смартфоны, планшеты, компьютеры).

Таким образом, физическое возвращение участников боевых действий в мирную жизнь не совпадает с его психологическим встраиванием в систему социальных связей и отношений мирного времени. Второе – более сложное, продолжительное, менее выраженное, чем физическая травма, поэтому – неочевидное.

Для того чтобы защитить «психологически обнаженного», лишенного «психологической кожи» ветерана от жестокого и бескомпромиссного мирного социума, а общество – от людей с «военизированной» психикой, необходим процесс социально-психологической реадаптации ветеранов. Суть этого процесса состоит в когнитивно-смысловой переработке травматической информации и опыта, отреагировании травматического материала в условиях эмоциональной поддержки, в решении личностных проблем ветеранов и устранении симптомов ПТСР.

Для этого необходимо объединять усилия ученых и практиков психологических служб вооруженных сил для проведения масштабных исследований, в целях уточнения психологической реальности и психологических последствий войны, методов их выявления и коррекции. Миссия военного психолога состоит в том, чтобы помочь ветеранам победить в их внутренних сражениях и психологически вернуться в мирную жизнь.

---

[1] URL : http://royeidelson.wordpress.com/2012/06/11/the-armys-flawed-resilience-training-study-a-call-for-retraction/ (дата обращения: 20.10.2015).

4.2. Методы психологической помощи ветеранам боевых действий, страдающих посттравматическим стрессовым расстройством[1]

В настоящее время не существует устоявшейся точки зрения на результаты лечения ПТСР. Одни исследователи считают, что ПТСР – излечимое расстройство, другие, что его симптомы полностью неустранимы. Разные подходы к прогнозу успешности ПТСР связаны с тем, что оно обычно вызывает нарушения в социальной, профессиональной и других важных сферах жизнедеятельности, которые трудно поддаются коррекции. Очевидно одно: лечение ПТСР – процесс длительный, может продолжаться несколько лет.

Известно, что существуют две основные формы психологической помощи: 1) индивидуальная и 2) групповая психотерапия.

В *индивидуальной психотерапии* в качестве основного инструмента лечебного воздействия выступает психолог (психотерапевт), а психотерапевтический процесс протекает в диаде психотерапевт – клиент.

Б. Д. Карвасарский выделяет следующие **виды индивидуальной психологической помощи**[2]:

1. Индивидуальная, проводимая одним психологом (психотерапевтом), и биполярная, оказываемая двумя или несколькими терапевтами.

2. Комплексная помощь, представляющая сочетание индивидуальной терапии с другими формами психотерапии (фармако-, физио- или социотерапия).

3. Комбинированная помощь, совмещающая индивидуальную и групповую (или семейную) психотерапии, проводимые одним психотерапевтом.

---

[1] См.: *Караяни А. Г., Сыромятников И. В.* Прикладная военная психология ; *Караяни А. Г. Корчемный П. А.* Психологическая помощь в кризисных ситуациях. М. : ВУ, 2010.

[2] См.: Психотерапия / под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб. : Питер, 2007. С. 307–310.

4. Помощь, во время которой пациент проходит индивидуальную психотерапию у одного психотерапевта и одновременно участвует в семейной или групповой психотерапии у других психотерапевтов.

В психологической литературе обсуждаются **факторы** индивидуальной психологической помощи. К основным из них относятся:

1) хорошие отношения и сотрудничество между участниками процесса;

2) ослабление напряжения, основанное на способности пациента обсуждать проблему с лицом, от которого он надеется получить помощь;

3) познавательное обучение за счет информации, получаемой от психотерапевта;

4) оперантная модификация поведения военнослужащего за счет одобрения или осуждения со стороны психотерапевта и повторяющегося коррективного эмоционального опыта в отношениях с психотерапевтом;

5) приобретение социальных навыков на примере психотерапевта;

6) убеждение и внушение – явное или скрытое;

7) применение или репетирование более адаптивных методик при условии эмоциональной поддержки со стороны психотерапевта.

Основными психологическими **механизмами**, производящими личностные трансформации, выступают: конфронтация, корригирующий эмоциональный опыт, научение и плацебо-эффект.

Механизм конфронтации состоит в осмыслении человеком своего столкновения с собственным «зеркальным Я», то есть со знанием того, как его оценивают в конкретной ситуации окружающие. Это столкновение становится возможным благодаря обратной связи. *Обратная связь* – безоценочные вербальные и невербальные реакции и образцы эффективного поведения других раненых, инвалидов, ветеранов войны, участников групповой психологической работы, демонстрируемые в ответ на активность конкретного военнослужащего. В результате получения и осмыс-

ления обратной связи человек осознает, что те или иные схемы его действий в жизненных ситуациях неэффективны, ущербны, а его Я-концепция страдает неточностями. Это осознание выступает в качестве мотивирующего образования, побуждающего человека к изменениям моделей своего поведения.

Механизм корригирующего эмоционального опыта состоит в переживании военнослужащим своего прошлого, текущего или потенциального опыта, в принятии его или отвержении в условиях действенной эмоциональной поддержки психолога (психотерапевта, группы). Пережитая трагедия в условиях выраженного сопереживания снимает накал ее травмирующего воздействия, силу регулирующего влияния на поведение и чувства человека.

Механизм научения проявляется в совокупности процессов, ведущих к формированию привычек и стереотипов поведения человека в типичных ситуациях. Такое научение происходит несколькими способами: методом «проб и ошибок» в процессе многократных попыток эффективно разрешить ту или иную ситуацию; путем наблюдения и присвоения эффективных моделей поведения других участников групповой психологической работы; методом инсайта и др.

Под *плацебо-эффектом* принято понимать изменение в физиологическом или психологическом состоянии человека, вызываемое приемом плацебо – безвредного препарата, назначаемого под видом лекарственного средства. В процессе психологической работы с участниками боевых действий могут спонтанно возникать или специально создаваться психологом плацебо-эффекты, вызывающие у военнослужащих чувство происшедших с ними позитивных изменений, личностного роста. Средствами создания таких эффектов являются привнесение в процесс занятий некой сакральности, использование метафор в качестве моделей событий, регулярным подведением итогов тренинговых занятий с фиксацией ощущений участников о происшедших в них изменениях и др.

Индивидуальная психотерапия представляет собой сложный процесс, в котором, помимо собственно психотерапевтической техники и условий ее реализации, взаимодействуют различные социокультурные факторы, профессиональные качества и лич-

ностные особенности как пациента, так и психотерапевта. При индивидуальной психотерапии особенно важна роль психотерапевта. Согласно исследованиям Бютлера и др., характеристики психотерапевта, влияющие на процесс психотерапии, могут разделяться на *объективные* (возраст, пол, этнические особенности, профессиональная основа, терапевтический стиль, психотерапевтические техники) и *субъективные* (личностные и копинговые особенности, эмоциональное состояние, ценности, отношения, убеждения, культурные взаимоотношения, терапевтические взаимоотношения, характер социального влияния, ожидания, философская терапевтическая ориентация).

По срокам проведения индивидуальная психотерапия может условно делиться на **краткосрочную** (до 20, реже до 40 сут.) и **долговременную**[1]. Граница обычно определяется числом психотерапевтических занятий.

Общей тенденцией почти всех терапевтических направлений является стремление к краткосрочности, базирующееся на повышении интенсивности, интегративности психотерапии.

Краткосрочность служит одним из принципов, страхующих пациентов от развития «психотерапевтического дефекта», «бегства в психотерапию» и перекладывания ответственности за свою жизнь на психотерапевта.

Долговременные формы индивидуальной психотерапии характерны для психодинамической (психоаналитической) психотерапии, которая может продолжаться до 7–10 и более лет при средней частоте психотерапевтических занятий 2–3 раза в неделю.

Частые встречи с пациентом позволяют психотерапевту проникнуть в его внутреннюю жизнь, ведут к более полному развитию переноса, а также поддерживают больного на протяжении всего периода лечения. В ходе долговременной психотерапии расширяется самопознание пациента, выявляются и разрешаются внутриличностные бессознательные конфликты, формируется понимание механизмов психической деятельности, что позволяет завершать процесс лечения.

---

[1] См.: Психотерапия / под ред. Б. Д. Карвасарского. С. 307–310.

Критерии окончания терапии таковы: пациент 1) чувствует ослабление симптомов, которые воспринимаются как чуждые; 2) осознает свои характерные защитные механизмы; 3) способен принять и признать типичные для себя реакции переноса; 4) продолжает самоанализ в качестве метода разрешения своих внутренних конфликтов. Вопрос о завершении лечения поднимает пациент, но его может поставить и психотерапевт в результате анализа рассуждений и переживаний пациента по этому поводу. Дата завершения лечения устанавливается заранее по взаимному согласию психотерапевта и пациента.

Вместе с тем, как показали современные, выполненные на большом материале исследования Ховарда, скорость такого улучшения быстро нарастает лишь до 24-го занятия, а затем резко замедляется. Психотерапевт должен быть готов к такой динамике и при необходимости может последовательно продолжать выполнение намеченных и обоснованных психотерапевтических планов.

По современным данным Бергина и Гарфилда, в мире используются более 400 психотерапевтических техник для взрослых.

Ташлыков выделяет два основных **типа ролевого взаимодействия** в психотерапевтическом контакте: **руководство и партнерство**.

Руководство как выражение авторитета (власти) специалиста отражает традиционную медицинскую модель отношений «врач – пациент», при которой врач доминирует, занимает ведущую позицию, берет на себя ответственность за решение основных задач в период лечения, а пациент остается подчиненным, сравнительно малоактивным или пассивным объектом терапии. Такой психотерапевт наделяется магическими качествами, и больные особенно восприимчивы к его суггестивным влияниям, что может иметь положительное значение при выборе симптоматических методов индивидуальной психотерапии или при слабой первичной мотивации пациента к лечению. Партнерство как модель неавторитарного сотрудничества, терапевтического союза предполагает активное участие больного в психотерапевтическом процессе, развитие ответственности и самостоятельности, умение делать выбор между альтернативными решениями. Психотерапевт эмпатическим под-

ходом создает безопасную атмосферу общения, в которой пациент может свободно говорить о тягостных переживаниях и открыто выражать свои чувства. Современные, наиболее эффективные методы индивидуальной психотерапии осуществляются на основе формирования терапевтического союза.

Терапевтическая работа с людьми, страдающими ПТСР, включает три стадии. Центральной задачей, стоящей перед терапевтом на **первой стадии**, является создание безопасной атмосферы. Основная задача **второй стадии** – это работа с психологическими проблемами. Основная задача **третьей стадии** – включение в обыденную жизнь. В процессе успешного восстановления можно распознать постепенный переход от настороженности к ощущению безопасности, от диссоциированности к интеграции травматических воспоминаний, от выраженной изоляции к выстраиванию социальных контактов.

Психотерапевтические методы при ПТСР разнообразны:

1. 1.Рациональная психотерапия: клиенту разъясняют причины и механизмы ПТСР.

2. Методы психической саморегуляции для снятия симптомов напряжения и тревоги: аутотренинг, прогрессивная мышечная релаксация, активная визуализация положительных образов.

3. Когнитивная психотерапия: переосмысление дезадаптивных мыслей и изменение негативных установок.

4. Личностно-ориентированная терапия: изменение отношения пострадавшего к психотравмирующей ситуации и принятие ответственности если не за нее, то за свое отношение к ней.

5. Поведенческая психотерапия: изменение деструктивных поведенческих схем, купирование фобий.

Наиболее распространенными терапевтическими **ошибками** являются:

- избегание травматического материала при работе с клиентом;
- несвоевременная и стремительная проработка травматического опыта, пока еще не создана достаточная атмосфера безопасности и не построены доверительные терапевтические отношения.

Избегание травматических воспоминаний ведет к прерыванию терапевтического процесса. В то же время слишком стреми-

тельное обращение к ним также приводит к нарушению процесса исцеления.

Методы психологической работы с интрузией[1]

Интрузия – симптомокомплекс ПТСР, отражающий динамическую модель психотравмы. Он включает различные непроизвольные «внедрения» в сознание и поведение лиц, переживших трудную ситуацию, сюжетов, связанных с травматическим событием (мысли, воспоминания, переживания, ночные кошмары, «флэшбэк-эффекты»).

Наиболее распространенным и драматическим симптомом в интрузии являются ночные кошмары.

Для избавления от ночных кошмаров в практике психологической помощи пострадавшим используются приемы «Рисунок сна», «Рассказ о сне», «Диалог со сном», «Модификация сна», «Завершение сна» и др. Главным корректирующим механизмом в этих приемах является инсайт – выход на понимание «функции» сна, его признание, принятие и прощание с ним.

Прием «Рисунок сна» состоит в детальной прорисовке сна и «понимании» его с позиции «художника».

Прием «Рассказ о сне» предполагает детальную вербализацию сна с выходом на понимание его «миссии» в жизни ветерана.

Прием «Модификация сна» заключается в таком изменении деталей сна, которые делают его нетравмирующим. Например, в наложении на сон успокаивающей музыки.

Прием «Завершение сна» предполагает такое его мысленное окончание, которое разрешает психологическую проблему. Например, необходимо представить, что сон на самом деле – съемка фильма и она благополучно завершена.

Высокоэффективными в отношении модификации и купирования ночных кошмаров являются широко известные техники нейролингвистического программирования: «Шестишаговый рефрейминг», «Наложение якорей», «Взмах».

---

[1] См.: *Караяни А. Г., Сыромятников И. В.* Прикладная военная психология.

Психологические приемы работы с избеганием

Избегание – симптомокомплекс ПТСР, включающий различные формы изоляции от мыслей, воспоминаний, переживаний, физических контактов со всем тем, что ассоциируется с травматическим событием и вызывает неприятные переживания субъектом трудной жизненной ситуации.

Одной из наиболее часто встречающихся и тяжело переживаемых форм избегания является фобия. В практике оказания психологической помощи пострадавшим в трудных ситуациях встречаются: болезненная боязнь вещей, связанных с травматической ситуацией, клаустрофобия (боязнь закрытых помещений), агорафобия (боязнь открытых пространств), гипсофобия (страх высоты), нозофобия (страх болезней), социофобия (страх убить, покончить с собой и др.), никтофобия (страх темноты).

Высокую эффективность в психологической помощи лицам, страдающим симптомами избегания, показывают методы, такие как: систематическая десенсибилизация, иммерсия, парадоксальная интенция, рациональная психотерапия, аутогенное отреагирование, аутогенная вербализация, аверсивная терапия.

Метод систематической десенсибилизации основывается на поведенческом принципе противообусловливания, утверждающего, что субъект может преодолеть дезадаптивное поведение, вызванное ситуацией или предметом, путем постепенного приближения к вызывающим страх ситуациям, нивелируя возникающую при этом тревогу состоянием релаксации. Страх, тревога могут быть подавлены, если объединить во времени стимулы, вызывающие страх, и стимулы, антагонистичные страху. Таким стимулом является релаксация. Сущность методики заключается в том, что у человека, находящегося в состоянии глубокой релаксации, вызываются представления о ситуациях, приводящих к возникновению страха. Затем путем углубления релаксации он снимает возникшую тревогу. В воображении представляются различные ситуации – от самых легких до вызывающих наибольший страх. Процедура заканчивается, когда самый сильный стимул перестает вызывать у человека страх. Выделяются три этапа процедуры: *первый* – овладение методикой мышечной релаксации (по Дже-

кобсону); *второй* – составление иерархии ситуаций, вызывающих страх (человеком, перенесшим стресс, составляется список ситуаций от самых легких до наиболее тяжелых); *третий* – собственно десенсибилизация (соединение представлений о психотравмирующей ситуации с релаксацией). На данном этапе обсуждается *методика обратной связи* – информирование человеком психолога о наличии или отсутствии у него страха в момент представления ситуации. Например, об отсутствии тревоги сообщается поднятием указательного пальца правой руки, о наличии ее – поднятием пальца левой руки. Человек воображает ситуацию 5–7 секунд, затем устраняет возникшую тревогу путем усиления релаксации. Период длится до 20 секунд. В течение одного занятия отрабатывается 3–4 ситуации из списка[1].

В целях коррекции страхов наряду с методикой систематической десенсибилизации применяется метод «иммерсии» (затухания, угасания, погружения). **Метод иммерсии** – метод поведенческой психотерапии, основанный на демонстрации пациенту объектов, вызывающих страх, без расслабления, но в присутствии психотерапевта. Главной техникой является систематическая экспозиция (демонстрация, предъявление) объекта страха. К иммерсивным методикам относится также **метод парадоксальной интенции** – метод В. Франкла, основанный на осуществлении пациентом того, чего он боится, с чувством юмора. Метод применяется при фобии – страхе ожидания повторения симптома.

Юмор дает возможность занять дистанцию по отношению к самому себе, своему страху и тем самым обрести над собой полный контроль. Парадоксальное предложение формулируется в юмористической форме. При использовании данного метода важно, чтобы человек сам захотел осуществить то, чего он боится сделать.

В отличие от метода систематической десенсибилизации в методах иммерсии и парадоксальной интенции не используется состояние релаксации, поэтому они могут быть применены для работы с психическими травмами малой интенсивности и невротическими страхами.

---

[1] См.: *Карвасарский Б. Д.* Психотерапевтическая энциклопедия.

Одним из наиболее эффективных и вместе с тем доступных для широкого освоения методов психологической реабилитации является **рациональная психотерапия**. У истоков ее создания стоял швейцарский профессор Поль Дюбуа. Он утверждал, что лечение психических расстройств должно быть прежде всего психическим, состоящим во влиянии на рассудочную деятельность больных и в воспитании их воли, что истинный специалист больше поможет пациенту словом, нежели лекарством и лечебными процедурами. При этом П. Дюбуа подчеркивал, что моральное влияние специалиста, осуществляющего реабилитацию больного, зависит от глубины убеждения и силы искренности.

В основе метода лежит правильная, доступная пониманию человека трактовка характера и причин возникновения травматического стресса путем логического переубеждения, обучения правильному мышлению. Цель психотерапевтической работы – разъяснение пострадавшему характера, причин и механизмов возникновения негативных последствий психотравмирующего стресса для того, чтобы убедить его, что такие состояния являются нормальной, естественной реакцией человека на ненормальные обстоятельства.

Рациональная психотерапия – метод, в котором используется способность человека проводить сопоставление, делать выводы, доказывать их обоснованность. Данным методом психотерапевт воздействует на искаженные представления пациента, создающие дополнительный источник эмоциональных переживаний. Основными направлениями воздействия считаются: снятие неопределенности, коррекция противоречивости, непоследовательности в представлениях пациента, прежде всего касающихся его болезни, убеждение пострадавшего, обучение его правильному мышлению, так как считается, что психические расстройства являются следствием ошибочных суждений, умозаключений больного по причине недостатка необходимой информации. Рациональная психотерапия проводится в форме беседы с военнослужащими, подвергшимися психотравматизации. В процессе беседы психолог, врач или другой подготовленный специалист решают ряд психокоррекционных задач:

- сообщение потерпевшему о происшедшем с ним событии, раскрывают сущность данного вида психической травмы, механизм ее действия. При этом главным является разъяснение того, что это расстройство не уникальное, а широко распространенное явление;

- убеждение пострадавшего в возможности и неизбежности успешного преодоления возникшей неблагоприятной ситуации и полного выздоровления;

- демонстрация примеров волевого поведения других участников в аналогичной ситуации;

- подкрепление продуктивных мыслей и высказываний пострадавшего;

- разъяснение пагубности безвольного поведения, самоподчинения недугу;

- разъяснение пострадавшему его положения как человека, временно утратившего дееспособность.

Средствами психологического воздействия здесь выступают: убеждение, переубеждение, разъяснение, отвлечение, ободрение, авторитет, престиж и знания лица, осуществляющего психологическую помощь. Существенной характеристикой данного вида психотерапии является его директивность, а следовательно, небольшая продолжительность сеансов.

Успех рациональной психотерапии зависит от учета индивидуальных установок больного и его возможностей, последовательной систематической работы с ним.

Для лиц, перенесших психотравмирующий стресс, ипользуют приемы аутогенной нейтрализации (методика Лутэ): аутогенное отреагирование и аутогенную вербализацию.

Аутогенное отреагирование[1]**.** Для нейтрализации отрицательных переживаний используются приемы повторения тех ситуаций, которые явились причиной психической травмы. Пациент с закрытыми глазами рассказывает обо всех появляющихся в состоянии аутогенного расслабления сенсорных образах.

---

[1] См.: *Карвасарский Б. Д.* Психотерапевтическая энциклопедия. С. 29.

Аутогенная вербализация осуществляется в тех случаях, когда психотравмирующие переживания поддаются точному описанию. Вербализация определенной темы (например, «агрессия», «страх», «чувство вины» и т. п.) проводится в состоянии аутогенного расслабления до тех пор, пока пациент не заявляет, что сказать ему уже нечего.

Вскрытие и отреагирование психотравмы ведет к ее нейтрализации и выздоровлению. Иногда процесс «воспроизведения» психотравмирующих причин завершается бурной аффективной реакцией (аутокатарсис).

Модификацией описанной методики Лутэ является «Аутогенная терапия памяти», предложенная В. С. Лобзиным и М. М. Решетниковым (1986).

Авторы считают, что болезненные психотравмирующие переживания связаны с прошлым травматическим опытом пациента, «актуально присутствующим в его сознании в виде мучительных воспоминаний». Сами пациенты избегают рассказывать об этих неприятных воспоминаниях. В подобных случаях психотерапевт разъясняет больному, что именно мучительные воспоминания являются причиной болезненных переживаний, которые могут пройти только после многократного образного их воспроизведения, выполненного как можно детальнее, с представлением обстановки, времени действия и ситуации. Воспоминания обязательно должны сопровождаться вербализацией, которая облегчается в состоянии аутогенного погружения. Отреагирование психотравмирующих воспоминаний приводит к их нейтрализации и улучшает состояние психотравмированного человека.

Аверсивная терапия. Аверсивные методики (от лат. aversio – отвращение) лежали в основе практического применения экспериментальных теорий научения. В настоящее время их можно разделить на методики, основанные на модели И. П. Павлова (классическое обусловливание) и на модели Скиннера (Skinner B. F.) (оперантное обусловливание).

В методиках, основанных на классическом обусловливании, сочетаются привлекательные стимулы (например, алкоголь или обильная еда) с болезненным, неприятным, вызывающим отвра-

щение стимулом (инъекция апоморфина, приводящая к рвоте, электрический разряд, вызывающий сильную боль и др.). Методика подвергается критике, исходя из этических соображений. Однако большинство авторов признают возможность и необходимость применения ее по жизненным показаниям, например в тяжелых случаях навязчивого самоповреждения, надавливания на глаза и т. д.

Условия успешного применения названной методики такие же, как и в *методике наказания.* Аверсивный стимул должен применяться сразу же вслед за реакцией, подлежащей угашению. На первом этапе необходимо применять постоянную схему угашения, постепенно переходя на нерегулярное использование аверсивного стимула. Лечение должно продолжаться и некоторое время спустя после исчезновения симптома. Адекватным показателем для прекращения лечения является возникновение адаптивного поведения. Использование этой методики предполагает наличие четких по внешним проявлениям и ограниченных во времени симптомов.

Методики, в которых используется оперантная модель, основаны на принципе успешного решения задачи, избавляющего пациента от неприятных стимулов, например электрического разряда. Так, при лечении треморной формы писчего спазма пациент осваивает задачу попадания металлической палочкой в ряд отверстий все уменьшающегося диаметра. Наличие тремора ведет к попаданию в края отверстий и к замыканию электрической цепи; пациент при этом получает удар электрического тока. Точное попадание в эти отверстия избавляет его от электрического разряда. При спастической форме писчего спазма пациент пользуется специальной авторучкой, излишнее давление на которую приводит также к замыканию электрической цепи и, следовательно, к наказанию. В процессе тренировок пациент обучается расслаблять нужные группы мышц.

При соответствующей технической изобретательности практически для каждого симптома можно создать методику, основанную на принципе решения задачи, т. е. предупреждения воздействия аверсивного стимула.

Аверсивная психотерапия используется при лечении алкоголизма, хронического никотинизма и других заболеваний, являющихся формами избегания.

Итак, методы психологической помощи военнослужащим с симптомами избегания весьма разнообразны и эффективны. Каждый частный случай требует использования конкретной методики. Важно, чтобы военный психолог чутко определял эту необходимость.

Психологическая работа с гипермобилизацией (гиперактивацией)

Гиперактивность – симптомокомплекс ПТСР, включающий трудности с засыпанием или плохой сон (ранние пробуждения), раздражительность или вспышки гнева, затруднения с сосредоточением внимания, повышенный уровень тревожности, гипербдительность, состояние постоянного ожидания угрозы, гипертрофированная реакция испуга, болевые ощущения.

Для психологической помощи лицам, страдающим гиперактивностью, гиперреактивностью, гипермобилизацией, показаны следующие методы.

Аутотренинг (по И. Шульцу)

Активным методом психотерапии, психопрофилактики и психогигиены, направленным на восстановление динамического равновесия системы гомеостатических саморегулирующих механизмов организма человека, нарушенного в результате воздействия психотравмирующего стресса, является аутогенная тренировка. Аутогенная тренировка (АТ) (от греч. autos – сам, genos – происхождение) – самовнушение в состоянии релаксации (низшая ступень) и гипнотического транса (высшая ступень) (см. *Приложение 6*).

Как лечебный метод АТ была предложена для лечения неврозов Шульцем в 1932 г. Воздействие АТ на организм сопровождается снижением общей тревожности и развитием антистрессовых тенденций.

Выделяют две ступени АТ (по Шульцу): 1) низшая ступень (АТ-1) – обучение релаксации с помощью упражнений, направ-

ленных на вызывание ощущения тяжести, тепла, на овладение ритмом сердечной деятельности и дыхания; 2) высшая ступень (АТ-2) – аутогенная медитация – создание трансовых состояний различного уровня.

Низшую ступень составляют шесть стандартных упражнений, которые выполняются в одной из трех поз: 1) в «позе кучера» – сесть на стуле слегка опустить вперед голову, кисти и предплечья положить свободно на переднюю поверхность бедер, ноги свободно расставить; 2) в положении лежа на спине, голова на низкой подушке, руки, несколько согнутые в локтевом суставе, свободно лежат вдоль туловища ладонями вниз; 3) полулежа – облокотившись на спинку кресла, руки положить на переднюю поверхность бедер или на подлокотники, ноги свободно расставить. Во всех трех положениях достигается полная расслабленность, для лучшей сосредоточенности глаза закрыты.

Упражнения выполняются путем мысленного повторения (5–6 раз) соответствующих формул самовнушения. Каждое из упражнений заканчивается формулой-целью: «Я совершенно спокоен».

Данные упражнения: 1) вызывают ощущение тяжести и тепла в руках и ногах; 2) регулируют ритм сердечных сокращений; 3) нормализуют и регулируют дыхательный ритм; 4) вызывают ощущение тепла в брюшной полости, прохлады в области лба в целях предотвращения и расслабления головных болей.

Показателем усвоения очередного упражнения является генерализация ощущений. Например, упражнение по внушению тепла в конечностях считается усвоенным тогда, когда тепло начинает разливаться по всему телу.

На проработку каждого упражнения уходит две недели. Весь курс АТ-1 длится около трех месяцев. Занятия проводятся в группах 1–2 раза в неделю под руководством психотерапевта; продолжительность занятия – 15–20 минут. Самостоятельные тренировки пациентов проводятся дважды в день (утром, перед тем как встать, и вечером, перед сном).

В аутогенном погружении пациент приступает к направленному против определенных психотравмирующих переживаний самовнушению.

Выделяют пять типов *формул-намерений:* 1) нейтрализующие, использующие вариант самовнушения «все равно»: «Потеря работы все равно» – при переживании увольнения; 2) усиливающие, например: «Я знаю, что проснусь, когда начнутся кошмары»; 3) абстинентно-направленные (абстиненция я синдром психических и физических расстройств, возникающий при внезапном прекращении употребления алкоголя, наркотических веществ и т. п.), например: «Я знаю, что не приму ни одной капли алкоголя, ни в какой форме, ни в какое время, ни при каких обстоятельствах»; 4) парадоксальные, например: «Я хочу думать о своей психотравме как можно чаще» (при вторжении психотравмирующих воспоминаний); 5) поддерживающие, например: «Я знаю, что не завишу от полученной психотравмы» (при сильной актуализации переживаний в повседневной деятельности человека).

Упражнения низшей ступени воздействуют по преимуществу на вегетативные функции. В целях оптимизации высших психических функций Шульц разработал высшую ступень аутогенной тренировки (АТ-2), упражнения которой должны научить вызывать сложные переживания, приводящие к излечению через «аутогенную нейтрализацию» и «самоочищение» (катарсис). Стандартные упражнения АТ-1 считаются лишь подготовкой к основному лечению. К высшей ступени аутогенной тренировки относят упражнения, цель которых заключается в тренировке процессов воображения (со способностью к *визуализации* представлений) и *нейтрализации* психотравмирующих переживаний.

В основе упражнений АТ-2 лежит *медитация.* Медитация (meditor (лат.) – размышляю, обдумываю) – всякое сосредоточение мысли, всякая концентрация внимания на чем бы то ни было.

Прежде чем приступить к аутогенной медитации, тренирующийся должен научиться удерживать себя в состоянии аутогенного погружения длительное время – по часу и более.

Для лиц, перенесших психотравмирующий стресс, помимо упражнений АТ-1 и АТ-2, используют приемы аутогенной нейтрализации (методика Лутэ): аутогенное отреагирование и аутогенную вербализацию.

Нервно-мышечная релаксация (метод Джекобсона)

(*см. Приложение 6*)

Эффективной методикой лечения страхов, фобических состояний, субъективного чувства тревоги, формирования более спокойной психологической установки у лиц, перенесших психотравмирующий стресс, является прогрессивная нервно-мышечная релаксация Джекобсона. Метод Джекобсона – прогрессивная мышечная релаксация, достигаемая путем первоначального напряжения и последующего расслабления мышц; процесс формирования способности улавливать напряжение в мышцах и чувство мышечного расслабления, осуществляемые с помощью концентрации внимания.

Джекобсон называет свой метод «прогрессивным» по следующим причинам:

1. Человек обучается в определенной последовательности выборочно ослаблять напряжение в конкретной мышце. Для достижения максимального расслабления в любой мышце может потребоваться несколько минут.

2. Человек напрягает и расслабляет определенные мышцы тела таким образом, что весь процесс прогрессирует от расслабления основных мышечных групп до расслабления всего тела или какой-то его части.

3. При постоянных ежедневных занятиях у человека отмечается прогрессирующая тенденция к развитию «привычки отдыхать» – психологической установки, характеризующейся меньшей возбудимостью и стрессоустойчивостью. Релаксация оказывает тормозящее воздействие на стрессовую реакцию, так как человек не может одновременно испытывать тревогу и состояние расслабления.

Основной принцип действия метода Джекобсона – обучение различению напряжения и расслабления.

Все мышцы тела делятся на шестнадцать групп. Выделяют следующую последовательность упражнений: от мышц верхних конечностей (от кисти к плечу, начиная с доминантной руки), к мышцам лба (лоб, глаза, рот), шеи, грудной клетки и живота и далее к мышцам нижних конечностей (от бедра к стопе, начиная с доминантной ноги).

Упражнения начинаются с кратковременного, 3–5-секундного, напряжения первой группы мышц, которые затем полностью расслабляются; внимание пациента сосредоточивается на чувстве релаксации в этой области тела.

После беседы с больным, в процессе которой психотерапевт объясняет механизмы лечебного воздействия мышечной релаксации, подчеркивая, что основной целью метода является достижение расслабления поперечно-полосатых мышц в покое, с больным проводится обучающий сеанс, который включает ряд последовательных этапов.

В предварительных инструкциях сообщается о месте, времени, порядке напряжения и расслабления мышц. В основных инструкциях пациенту предлагается устроиться поудобнее, закрыть глаза, снять с себя мешающую одежду и сосредоточиться на дыхании. Упражнения начинаются со слов психотерапевта: «Готовы? Начали».

В завершающей части психотерапевт перечисляет все мышцы, которые активизировались и расслаблялись, и заставляет пациента расслабить их еще сильнее. Переход к бодрствованию осуществляется на счет до десяти.

Методика нервно-мышечной релаксации представляет собой навык, который может быть развит только посредством постоянной тренировки, осуществляемой под руководством психотерапевта и в домашних условиях.

Техника лечения включает три этапа.

Первый этап. Больной ложится на спину, сгибает руки в локтевых суставах и резко напрягает мышцы рук, вызывая тем самым ясное ощущение мышечного напряжения. Затем руки расслабляются и свободно падают. Так повторяется несколько раз. При этом нужно зафиксировать внимание на ощущении мышечного напряжения и расслабления.

Второе упражнение – сокращение и расслабление бицепсов. Сокращение и напряжение мышц должно быть сначала максимально сильным, а затем все более и более слабым, и наоборот. При этом упражнении необходимо зафиксировать внимание на ощущении самого слабого напряжения мышц и полного их расслабления.

После этого пациент упражняется в напряжении и расслаблении мышц – сгибателей туловища, шеи, плечевого пояса, наконец мышц лица, глаз, языка, гортани, участвующих в мимике и акте речи.

Второй этап (дифференцированная релаксация). Больной в положении сидя учится напрягать и расслаблять мускулатуру, не участвующую в поддержании тела в вертикальном положении; далее – расслаблять при письме, чтении, речи мышцы, не участвующие в этих актах.

Третий этап. Больному предлагается путем самонаблюдения установить, какие группы мышц у него более всего напрягаются при различных отрицательных эмоциях (страх, тревога, волнение) или болезненных состояниях (боли в области сердца, гипертония и т. п.). Затем посредством релаксации отдельных мышечных напряжений можно научиться избавляться от отрицательных эмоций или болезненных проявлений.

Курс лечения длится от 3 до 6 месяцев. Групповые занятия – 2–3 часа в неделю. Самообучение на дому – 1–2 раза в день по 15 минут.

В зависимости от потребностей больного психотерапевт включает в упражнения специфические мышечные группы и даже отдельные мышцы. Важно научить пациента расслаблять лицевые мышцы, особенно мышцы зева, глаз и рта для достижения максимального расслабления.

Экспресс-методы психической саморегуляции

Выбор метода психической саморегуляции в решающей степени обусловливается особенностями ситуации переживания стресса. В динамично протекающей экстремальной ситуации (катастрофа, боевые действия) некоторые из вышеперечисленных методов покажутся сложными и неуместными. В таких и некоторых других ситуациях наиболее эффективными могут оказаться экспресс-методы психической саморегуляции. Они отличаются следующими особенностями: просты в овладении и выполнении, не требуют много времени на выполнение процедур (1–3 мин.), эффективны (результат обнаруживается уже в процессе выполне-

ния приемов), не влекут негативных побочных явлений (например, сонливости) и др.

Такие упражнения описаны в предыдущей главе и представлены в Приложении 3.

Наиболее эффективными из экспресс-методов являются следующие:

1. Дыхательные приемы.
2. Приемы управления тонусом скелетной мускулатуры.
3. Воздействие на биологически активные точки и другие приемы.

В процессе реабилитации очень важным моментом является решение отдельных психологических проблем инвалидов войны, например купирование актуальных болевых ощущений, избавление от ночных кошмаров и др. Для решения этих проблем также подходят экспресс-психотехники.

Психологическая помощь пострадавшим методом групповой психотерапии

Групповая психотерапия рассматривается как один из основных методов оказания психологической помощи лицам, перенесшим психотравмирующий стресс. Она может охватывать большое количество людей и постепенно активизировать здоровые защитные механизмы. Групповая психотерапия помогает облегчать симптоматику, позволяет менять позицию отдельных членов группы и усиливать у них чувство принадлежности к группе с помощью внутригрупповых взаимодействий и эмоциональных реакций. Принадлежность к категории людей, которые пережили сходные психотравмы, поддерживает индивида. Группа побуждает индивида к проявлению эмоций и подавляемых чувств так, чтобы он мог сосредоточиться на действительности и осуществлении своих наиболее неотложных потребностей.

Еще в 1944 г., подчеркивая роль группового подхода в повышении эффективности реабилитации ветеранов, Г. Роум выделил факторы, способствующие эффективности его использования: подобие психологических проблем у членов группы; снижение внутренней психической напряженности; преодоление чувства

неполноценности; доверительные отношения между психотерапевтом и пациентом; контролируемое эмоциональное раскрепощение; контролируемый глубинный анализ проблем; дополнение групповой работы (при необходимости) индивидуальной[1].

Р. Гринкер и Д. Шпигель (1945) отмечали, что эффективность групповой психотерапии с ветеранами обеспечивается тремя факторами: развитием положительных отношений между психотерапевтом и пациентами, свободным выражением чувств, возможностью более детального анализа психологических проблем[2].

Основная цель групповой психотерапии – помочь вербализовать свои чувства, учить людей понимать свои эмоции и легче с ними справляться.

Основными методами групповой психологической помощи лицам, переживающим психологический кризис, являются:

1. Обсуждение стресса.
2. Дебрифинг стресса критических инцидентов.
3. Рэп-группы.
4. Реабилитационный тренинг.

В 1970 г. группой американских психотерапевтов (R. Lifton, C. Shatan, F. Pincus и др.) были организованы так называемые «rap» группы ветеранов из организации «Вьетнамские ветераны против войны» для оказания помощи в преодолении психологических последствий войны и осмыслении своего военного опыта. Доверительная атмосфера, взаимная эмоциональная поддержка, неформальный характер групп способствовали эффективности психологической помощи[3].

«Rap» группы продолжали традиции групп с ограниченной ролью ведущего (центрированные на клиенте группы «горячего» стула, свободно «плавающие» группы, группы в стиле «Ялома» и т. д.) или вообще без ведущего (группы дважды рожденных, организованные в Сан-Франциско).

---

[1] См.: *Съедин С. И., Абдурахманов Р. А.* Психологические последствия воздействия боевой обстановки. С. 24.

[2] См. там же. С. 31.

[3] См. там же. С. 38.

«Rap» группы, как правило, объединяют людей, переживших психотравмирующие события, в целях оказания им психотерапевтической помощи.

По мнению Д. Смит, «rap»-группы являются средством для описания, изучения, трансформации и структурирования неупорядоченного травматического опыта.

К. Скерфилд считает, что «rap»-группы позволяют:

- преодолеть чувство изолированности через ощущение общности с другими ветеранами, эмоциональный «комфорт» и поддержку;
- преодолеть чувство неполноценности и восстановить чувство собственного достоинства;
- «переработать» травматический опыт среди людей, способных его понять;
- эмоционально раскрепоститься.

«Rap»-группа, по Д. Смиту, группа, позволяющая ее участникам описать, изучить, трансформировать и структурировать неупорядоченный психотравмирующий опыт.

Выделяются три уровня развития группы:

1. **Информационные (вводные) группы.** Их целью является постепенное подведение людей к дискуссии об их психологических проблемах, информирование о возможных психологических последствиях психотравмирующей ситуации. В группах данного уровня могут решаться задачи по оказанию помощи в преодолении навязчивых воспоминаний, состояния горя и депрессии, страхов, социальной отчужденности, повышения самоконтроля и активности в общении.

2. **Побуждающие (работающие) группы.** Цель – создание условий для анализа прошлого психотравмирующего опыта и соотнесение его с актуальной жизнедеятельностью. В эту группу могут включаться лица с различным травматическим опытом для расширения диапазона обсуждаемых психологических проблем, углубления доверия к другим людям и открытости во взаимоотношениях, помощи в осознании своего негативного Я-образа, углубления процесса самопознания, расширения компетентности в общении.

3. **Группы, рассчитанные на длительный период.** Основная цель – взаимопомощь. Обсуждаются актуальные психологические проблемы и допускается участие лиц, не имевших психотравмирующего опыта. Такое постепенное расширение круга участников позволяет приближать условия группы к реальному окружению психотравмированной личности. Ставится задача достичь более глубоких личностных изменений.

Э. Парсон разработана модель многократной «rap»-группы, которая подразумевает группы, рассчитанные на три фазы психотерапевтического процесса[1]. В группу первой фазы включаются только ветераны, участвовавшие в боевых действиях. Задачами первой фазы являются:

- помощь в преодолении навязчивых воспоминаний о войне, чувства вины, ощущения на себе «печати смерти», состояния горя и депрессии;
- помощь в преодолении фобических реакций, состояния эмоционального оцепенения, социальной отчужденности, повышении самоконтроля и открытости в общении;
- помощь в осмыслении травматического опыта, восстановлении самотождественности, чувства принадлежности к миру людей, пробуждении желания восстановить прерванные отношения с другими людьми и проявлении активности во всех сферах жизнедеятельности.

Вторая фаза групповой психотерапии подразумевает включение в «rap»-группы ветеранов войны, не принимавших участия в боевых действия. Это позволяет расширить диапазон обсуждаемых психологических проблем. Задачами данной фазы является углубление у ветеранов доверия к другим людям, открытости во взаимоотношениях, помощь в осознании своего «фальшивого Я» и его проявлении в общении, стимулирование перехода от «зеркально-рефлекторных» форм общения к его более зрелым формам.

После решения задач первых двух фаз считается возможной организация психоаналитически ориентированной фазы, во время

[1] См.: *Съедин С. И., Абдурахманов Р. А.* Указ. соч. С. 41.

которой в группу включаются лица, не являющиеся ветеранами, в том числе женщины. Такое постепенное расширение круга участников группового процесса позволяет приближать условия группы к реальному окружению ветерана в жизни и имеет больший психотерапевтический эффект. В процессе третьей фазы ставится задача достижения более глубоких личностных изменений через осмысление подсознательных явлений психической жизни, а также дальнейшую «проработку» личностных проблем, обусловленных участием в боевых действиях.

Я-гармонизирующий (реабилитационный) тренинг

Ю. М. Волобуевой (Караяни) совместно с А. Г. Караяни разработана методика и технология **Я-гармонизирующего тренинга** с лицами, переживающими психологический кризис (на примере инвалидов боевых действии)[1].

Такой тренинг нацелен на социально-психологическую коррекцию Я-концепции инвалидов боевых действий и представляет специфическую форму их обучающего взаимодействия, в которой участники при содействии ведущего включаются в своеобразный опыт интенсивного общения, ориентированного на выявление ими функциональной неадекватности, структурной разбалансированности временной дезориентированности Я-концепции, порождение мотивации на выбор путей и методов ее гармонизации. Тренинг решает 4 задачи:

- восстановление нарушенной временной протяженности и дезориентированности Я-концепции пострадавшего;
- повышение интернальности в самовосприятии и восприятии собственной жизни;
- преодоление конфликта между Я-образами личности;
- актуализация жизневозвышающей стратегии бытия.

Ю. М. Волобуева схематически обозначает модель социально-психологической коррекции Я-концепции инвалида боевых действий (рис. 3).

---

[1] См.: *Волобуева Ю. М.* Социально-психологическая коррекция Я-концепции инвалидов боевых действий : дис. … канд. психол. наук. М., 2009.

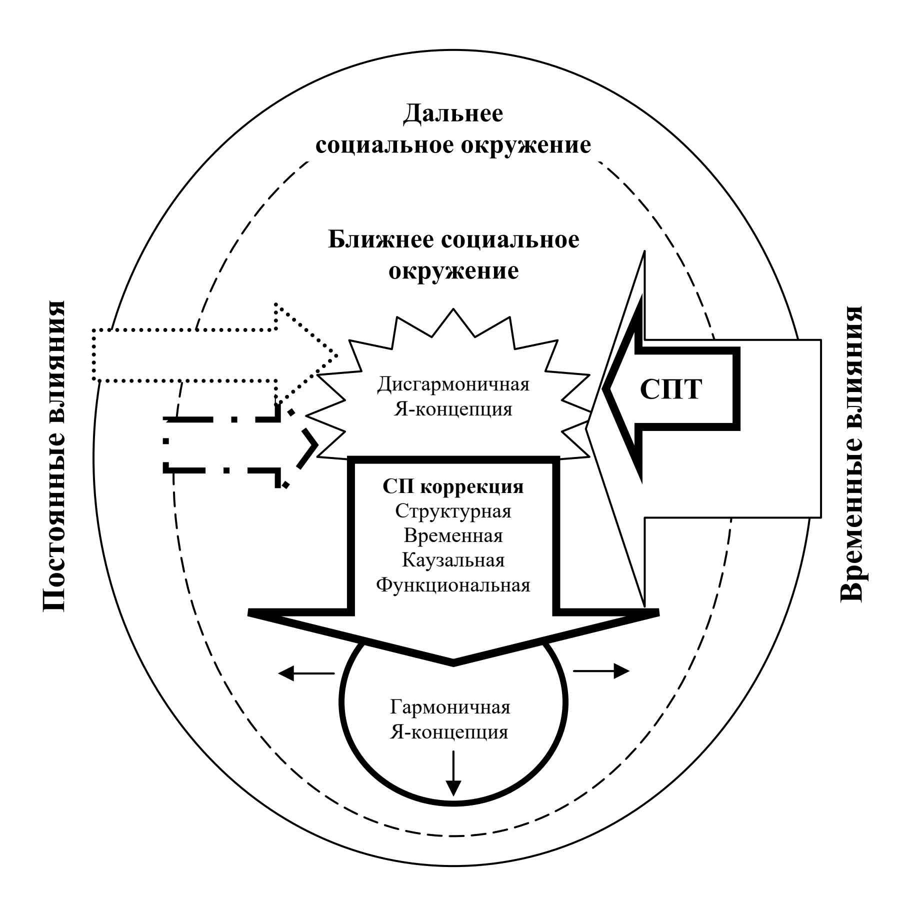

Рис. 3. Модель социально-психологической коррекции Я-концепции ветерана боевых действий

Как видно на рис. 3, желаемое изменение Я-концепции пострадавшего может достигаться как длительным влиянием ближней и дальней социальной среды, так и непродолжительным воздействием социума или его моделью. Одной из форм временного гармонизирующего социума и является Я-гармонизирующий тренинг.

Дезориентированный темпоральный модус инвалидов корректировался с помощью психотехнических процедур, «откры-

вающих» инвалиду его жизненный путь во всей его целостности: «Рефлексия «линии жизни», «Сравнение жизненных линий», «Взгляд в будущее».

Коррекция каузального модуса осуществлялась с помощью психотехник, объективирующих ошибочную интерпретацию инвалидом роли и установок его социального окружения: «Сон в летнюю ночь», «Меня заставили» и др.

Конфликтность Я-образов снималась приемами, порождающими конфронтацию между старыми, привычными социальными установками личности (в том числе и «на себя») и новыми («отраженными от группы»): «Хищники и травоядные», «Визитка», «Вавилонский базар», «Ожидаю поддержки», «Мои коммуникативные качества».

Я-концепции *активизировались* приемами, предоставляющими инвалидам возможность сравнить собственную жизненную активность с активностью инвалидов, сумевших преодолеть физическую и психическую травму: «Убеждение на примерах», «Чемодан в дорогу» и др.

Таким образом, процесс психологической помощи лицам, пережившим трудную ситуацию, сложен и многогранен. ПТСР и психологический кризис – многоплановые явления, требующие комплексного и длительного лечения. Каждый симптом требует подбора адекватного терапевтического подхода и наиболее эффективной техники индивидуальной или групповой психологической помощи.

Заключение

Война оказывает на человека мощное и пролонгированное воздействие. Для того, чтобы выжить в обстановке действия мощных стресс-факторов войны человеческое существо, психика должны быть кардинально перестроены. Средством такой перестройки выступает боевой стресс. Благодаря стрессу мобилизуются организмические, физиологические, психологические ресурсы военнослужащего, изменяется темпо-ритм реакций на внешние стимулы, модифицируется взаимодействие с сослуживцами.

У участников боевых действий обостряется ряд естественных человеческих потребностей, связанных с пониманием, одобрением, признанием, принятием в социум.

Воздействие гиперстрессоров или аккумуляция мелких стрессовых воздействий способны превышать адаптационный потенциал человека, разрушать его, что сопровождается деформацией системы базовых убеждений и личностной идентичности. Человеческий мозг формирует систему регуляции поведения, нацеленную на самосохранение. Такое поведение, являясь адаптивным на поле боя, становится дезадаптивным и травмирующим за его пределами. Эти процессы составляют комплекс психических изменений, квалифицируемых как боевая психическая травма.

Все участники боевых действий в той или иной мере нуждаются в психологической поддержке, то есть актуализации, мобилизации и создании дополнительного психологического ресурса, необходимого для преодоления боевых стресс-факторов. Лица, получившие боевую психическую травму, подлежат психологической реабилитации, нацеленной на восстановление боеспособности военнослужащего.

В истории войн и военных конфликтов XX–XXI вв. накоплен богатый опыт психологического вспомоществования участникам боевых действий. Этот опыт составляет основу сегодняшней системы психологической помощи в боевой обстановке. Разработанные методы и средства психологической помощи, реализуемые в соответствии с определенными принципами, позволяют поддерживать боеспособность военнослужащих и сохранять их психическое здоровье в условиях современной войны.

Литература

1. *Александровский, Ю. А.* Пограничные психические расстройства. – М. : Медицина, 1991.

2. *Белоусов, А. В., Караяни, А. Г.* Отечественная психология в годы Великой Отечественной войны // Инновации в образовании. – 2005. – № 3. – С. 128–147.

3. *Блум, Ф., Лейзерсон, А., Хофстедтер, Л.* Мозг, разум и поведение. – М. : Мир, 1988.

4. *Боринг, Э.* Психология для Вооруженных Сил. – Вашингтон : Гарвардский университет, 1943.

5. *Бухтояров, В. А.* Участие контингента советских войск в корейской войне: историко-политический анализ : дис. ... канд. истор. наук. – М., 1994. – С. 219.

6. Военная психология / под ред. А. Г. Маклакова. – СПб. : Питер, 2004. – С. 344.

7. *Волобуева, Ю. М.* Социально-психологическая коррекция Я-концепции инвалидов боевых действий : дис. … канд. психол. наук. – М., 2009.

8. *Габриэль, Р.* Героев больше нет. Умственные расстройства и проблемы военной психиатрии в условиях войны : пер. с англ. – Нью-Йорк : Хилл и Вонг, 1986.

9. *Данилов, А.* Профилактика боевых психологических травм в ВС США // Зарубежн. воен. обозр. – 1991. – № 9. – С. 11–16.

10. *Дрейлинг, Р.* Военная психология. – Белград, 1935 // Душа армии. Русская военная эмиграция о морально-психологических основах российских Вооруженных сил. – М. : ВУ, 1997. – С. 156–166.

11. *Захарик, С. В.* Формирование психологической устойчивости у воинов-десантников к влиянию факторов современного боя (на основе боевых действий в Афганистане) : дис. … канд. психол. наук. – М., 1993.

12. *Зейгарник, Б. В.* Ученые психологи в годы Великой Отечественной войны // Психология инвалидности : хрестоматия. – М. : МПСИ ; Воронеж : МОДЭК, 2011. – С. 29–34.

13. *Иванов, П. П.* Социально-психологическая реадаптация инвалидов боевых действий : дис. … канд. психол. наук. – М., 2004.

14. *Казаринов, О. И.* Неизвестные лики войны. Между жизнью и смертью. – М., 2005.

15. *Калшед, Дж.* Внутренний мир травмы. – М., 2001.

16. *Караяни, А. Г.* Военная психология : учебник. – М. : Юрайт, 2016.

17. *Караяни, А. Г., Корчемный, П. А.* Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – М. : ВУ, 2010.

18. *Караяни, А. Г.* Приемы психической саморегуляции : практическое пособие для телохранителей. – М., 1993.

19. *Караяни, А. Г.* Психологическая феноменология страха в бою // Психология страха // Материалы межрегиональной научно-практической конференции психологов силовых структур (Москва, 16 апреля 2014 г.). – М. : ВУ, 2014. – С. 59–67.

20. *Караяни, А. Г.* Слухи как средство информационно-психологического противодействия // Психологический журнал. – 2003. – Т. 24. – № 6. – С. 47–54.

21. *Караяни, А. Г., Волобуева, Ю.М., Дубяга, В.Ф.* Социально-психологическая интеграция в российское общество инвалидов боевых действий : монография. – М., 2007. – С. 34–40.

22. *Караяни, А. Г., Сыромятников, И. В.* Введение в профессию военного психолога. – М. : Академия, 2007.

23. *Караяни, А. Г., Сыромятников, И. В.* Прикладная военная психология. – М., 2006.

24. *Караяни, А. Г., Полянский, М. С.* Морально-психологическое состояние народов и армий воюющих государств в годы Первой мировой войны // Первая мировая война 1914–1918 годов : в 6 т. – Т. 1. Происхождение и основные события войны. – М. : Кучково поле, 2014. – С. 535–574.

25. *Караяни, А. Г., Караяни, А. Ю.* Социально-психологическая модель последствий боевой травмы как основа психологической реабилитации инвалидов боевых действий // Научные и образовательные проблемы гражданской защиты. – 2014. – № 3. – С. 90–100.

26. *Караяни, А. Г., Караяни, А. Ю.* Психологическая помощь военнослужащим в годы первой мировой войны // Научные и образовательные проблемы гражданской защиты. – 2014. – № 2. – С. 101–110.

27. *Караяни, А. Г., Караяни, А. Ю.* Теория и практика психологической помощи участникам боевых действий в годы второй мировой войны // Юридическая психология. – 2014. – № 3. – С. 15–23.

28. *Караяни, А. Г., Караяни, А. Ю.* Социально-психологическая реабилитация инвалидов боевых действий // Инвалиды и общество. – 2014. – № 1. – С. 26–39.

29. *Караяни, А. Г., Караяни, А. Ю.* Социально-психологическая реадаптация : условия возвращения участников боевых действий в мирные условия жизнедеятельности // Актуальные психолого-педагогические про-

блемы образовательной и военно-служебной деятельности : сборник научных статей. – М. : ВУ, 2014. – Вып. 3. – С. 93–105.

30. *Караяни, А. Г., Караяни, А. Ю.* Тренинговые технологии гармонизации Я-концепции инвалидов боевых действий // Инвалиды и общество. – № 2. – 2014. – С. 17–26.

31. *Караяни, А. Г., Караяни, А. Ю.* Психологическая помощь в бою: желаемое и действительное // Международная научно-практическая конференция «Проблемы психологических последствий, связанных с радиационными авариями и другими чрезвычайными ситуациями, 22 мая 2014 года». – М., 2014. – С. 56–58.

32. *Карвасарский, Б. Д.* Психотерапевтическая энциклопедия. – М., 2002.

33. *Китаев-Смык, Л. А.* Стресс войны : наблюдения врача-психолога. – М., 2001.

34. *Клаузевиц, К. фон.* О войне : в 2 т. – М. : АСТ, 2002. – Т. 1.

35. *Конюхов, Н. И., Феденко, Н. Ф.* Психологические потери и пути их снижения. – М., 1990.

36. *Корф, Н. А.* О воспитании воли военачальников // Общество ревнителей военных знаний. – 1906. – Кн. 1.

37. *Коупленд, Н.* Психология и солдат. – М., 1991.

38. *Краснов, П.* Душа армии. Очерки по военной психологии. Берлин, 1927 // Душа армии / под ред. А. С. Савинкина. – М. : ВУ, 1998.

39. *Крахмалев, А. В., Кучер, А. А.* Причины БПТ, ее проявления и первая помощь // Проблемы военной психологии. – Мн. : Харвест, 2003. – С. 193–200.

40. *Кутьинов, В. И.* Социальные стереотипы об инвалидах как фактор регуляции системы отношений их отношений : дис. … канд. психол. наук. – М., 2004.

41. *Литвинцев, С. В., Снедков, Е. В., Резник, А. М.* Боевая психическая травма. – М. : Медицина, 2005.

42. *Магомед-Эминов, М. Ш.* Экстремальная психология. – Т. 2. От психотравмы к психотрансформации. – М., 2006.

43. *Макнаб, К.* Психологическая подготовка подразделений специального назначения. – М., 2002.

44. *Маршалл, С. Л. А.* Американцы в бою // Офицер вооруженных сил : пер. с англ. – Вашингтон, 1991.

45. *Мокор, П. Х.* Военная психология и реальность боя // Современная буржуазная военная психология. – М. : Воениздат, 1965.

46. *Момышулы, Б.* Психология войны. – Алматы : Казахстан, 1996.

47. *Осухова, Н. Г.* Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях. – М. : Академия, 2007.

48. *Полянский, В. Н.* Моральный элемент в области фортификации. – СПб., 1910. – С. 53–54.

49. Почему необходимо изучать неэффективного солдата / Э. Гинцберг, Д. К. Андерсон, С. В. Гинсбурк, Д. Л. Эрма // Современная буржуазная военная психология. – М. : Воениздат, 1964. – С. 96–97.

50. Психозы и психоневрозы в войне : сб. статей. – М., 1986.

51. Психология здоровья / под ред. Г. С. Никифорова. – СПб. : Питер, 2003.

52. Психология экстремальных ситуаций для спасателей и пожарных / под общ. ред. Ю. С. Шойгу. – М. : Смысл, 2007.

53. Психотерапия / под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб. : Питер, 2007.

54. *Пушкарев, А. Л., Доморацикий, В. А., Гордеева, Е. Г.* Посттравматическое стрессовое расстройство. – Мн., 2001.

55. *Решетников, М. М.* Психическая травма. – СПб., 2006.

56. *Свядощ, А. М.* Неврозы и их лечение. – М. : Медицина, 1971.

57. *Симонов, П. В.* Мотивированный мозг. – М. : Наука, 1987.

58. *Снедков, Е. В.* Боевая психическая травма : автореф. дис. … д-ра мед. наук. – СПб., 1997.

59. *Степанов, С. С.* Психология в лицах. – М. : Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001.

60. *Султанова, А. С.* Особенности образа тела у раненых с ФБС при ампутации конечностей // Психология телесности. – М. : АСТ, 2005.

61. *Съедин, С. И., Абдурахманов, Р. А.* Психологические последствия воздействия боевой обстановки. – М., 1992.

62. *Фенихель, О.* Психоаналитическая теория неврозов / пер. с англ. А. Б. Хавина. – М. : Академический проект, 2004.

63. *Франкл, В.* Человек в поисках смысла : пер. с англ. – Вашингтон, 1985.

64. *Фрейд, З.* Своевременные мысли о войне и смерти // Russian Imago-2001. Исследования по психоанализу культуры. – СПб. : Алетейя, 2002.

65. *Хаханьян, Г.* Основы военной психологии. – М. : Госиздат, 1929.

66. Организация психиатрической помощи и структура психических расстройств военнослужащих красной армии в годы великой отечественной войны / В. К. Шамрей, Г. П. Костюк, А. Г. Чудиновских, А. Г. Синенченко // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Вып. 4. – Т. 20.

67. *Шумков, Г. Е.* Психика бойцов во время сражений // Общество ревнителей военных знаний. – 1908. – № 3.

68. *Шумков, Г. Е.* Рассказы и наблюдения из настоящей русско-турецкой войны. – Киев, 1905.

69. *Шумков, Г. Е.* Чувство тревоги как доминирующая иллюзия в период ожидания боя // Военный сборник. – 1913.

70. Эмоциональный стресс. Физиологические и психологические реакции. Медицинские, индустриальные и военные последствия стресса : пер. с англ. – М. : Медицина. 1970.

71. *Эриксон, Э.* Идентичность : юность и кризис : пер. с англ. – М., 1996.

72. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / под ред. Эны Фоа, Теренса М. Кина, Мэтью Фридмана. – М. : Когито-Центр, 2005.

73. *Якушин, Н. В.* Психологическая помощь воинам-афганцам в реабилитационном центре Республики Беларусь // Психол. журн. – 1996. – № 5.

74. *Bruce, E. Levine.* Teaching «Positive Thinking» to the Troops; How Psychologists Profit on Unending U.S. Wars. URL: http://chelseagreen.com/blogs/brucelevine> @ ChelseaGreen View All of Bruce E. Levine's Posts http://chelseagreen.com/blogs/brucelevine http://chelseagreen.com/blogs/brucelevine/2010/07/23/teaching-positive-thinking-to-the-troops-how-psychologists-profit-on-unending-us-wars/

75. *Horn, B*. The worm revisited: An examination of fear and courage in combat. URL: http://www.journal.dnd.ca/vo5/no2/doc/leadership-direction-eng.pdf ()

76. *Hsu, Jeremy.* Military Wants 'Minority Report' for Suicide Prevention // TechNewsDaily. September 28 2012 01:38 PM ET ; *Harrell, M.C. and Berglass, N.* Losing the Battle. The Challenge of Military Suicide. [*Policy Brief*]. October 2011. URL: http://www.apadivisions.org/division-19/index.aspx//http://www.apadivisions.org/division-19/students-careers/military-psychology/index.aspx

77. URL: http://en.wikipedia.org/wiki/Combat_stress_reaction / 20.12.2014.

78. URL: http://royeidelson.wordpress.com/2012/06/11/the-armys-flawed-resilience-training-study-a-call-for-retraction/

79. Military Psychologist. URL: http://www.allpsychologycareers.com/career/military-psychologist.html

Приложения

Приложение 1

Карта симптомов боевого стресса

Симптомы	Диагноз	Коррекционно-профилактические мероприятия
Кратковременные реакции страха, тревоги, внутренней напряженности или расслабления, истероформные эмоционально-экспрессивные проявления, реакции боевой экзальтации (непсихотические яркие психологические переживания), ситуативно обусловленные отклонения в поведении; нарушения сна, утомляемость, раздражительность, вспыльчивость, легкие вегетативные проявления боевого стресса (пигментация, потение, тремор, частота дыхания и сердцебиения и др.).	Адаптивные психологические реакции. Норма.	Потребность в специальной психотерапевтической и психокоррекционной работе отсутствует. Профилактика – повседневная работа по формированию психологической устойчивости и готовности к бою.
Состояния кратковременного крайнего эмоционального напряжения, обусловленные БПТ, аффективная суженность сознания, резкие нарушения поведения, «однонаправленное» протекание аффекта; непроизвольные пантомимические, вегетативные, экспрессивные проявления. Вслед за фазой аффективного взрыва нередко следует фаза истощения. Воин плохо управляет своим поведением и не дает достаточного отчета о его последствиях. Однако ориентировка в окружающем не страдает, последующей амнезии не наблюдается. Интрапунитивные (самоповреждения, суицид). Экстрапунитивные (злоба, агрессия, гнев, побои).	Острые аффективно-шоковые реакции.	Временная изоляция, удаление с поля боя в П (Ц) ПпиР. Оружие изымается, форма одежды сохраняется, истории болезни не оформляются, регистрация – по журналу. Отдых, сон, полноценное питание, горячее питье. При необходимости – психокоррекционное и психотерапевтическое вмешательство.

Симптомы	Диагноз	Коррекционно-профилактические мероприятия
Демостративные реакции (уединение, членовредительство, кражи, мародерство, суицид). Продолжительность – от нескольких минут до нескольких часов, постепенно сглаживаются на фоне лечения или без него, заканчиваются выздоровлением.		
Менее острое длительное психическое напряжение с вышеперечисленными симптомами.	Преневротические состояния.	
Кратковременные, парциальные, без формирования целостной клинической картины реакции. Психосоматические нарушения, вегетативная неустойчивость, двигательная и эмоциональная чрезмерность. Поведение в целом адекватно обстановке.	Патологические психогенные реакции	Понимание, дружественный вербальный и физический контакт, апелляция к разуму, побуждение к малым действиям (выпить глоток воды, одеться, заправиться, привести оружие к бою и др.), привлечь к привычной деятельности, фиксировать, убрать из поля зрения травмирующую картину.
Тревожность, тоскливое, подавленное настроение, боязливость.	Депрессивные реакции.	Убрать из зоны боевых действий в психиатрическое учреждение, утешение, позитивное информирование, активизирующая деятельность
Заметное снижение психического тонуса.	Астенические реакции.	Ободрение, призыв к сознательности, четкие приказы, возложение простых задач и небольшой ответственности, сочувствие, тепло, теплое питье, пища, медикаменты не показаны.

Симптомы	Диагноз	Коррекционно-профилактические мероприятия
Истероформные проявления.	Истерические реакции.	Контакт наедине, внушение о быстром выздоровлении, эвакуация из подразделения, стимулировать вербализацию страха, занять работой, предотвратить уход в болезнь. В отдельных случаях – лечение на госпитальном этапе ТВД (в строй, в тыл, демобилизация).
Стремление любым способом уйти из стрессорной ситуации, добиться направления в госпиталь, перевода в тыл или увольнения из армии, легкомысленность, беспечность, наивность, узость интересов, низкий уровень общей осведомленности, неряшливость, низкая трудоспособность, низкая выносливость, СОЧ.	Патохарактерологические реакции неустойчивого типа (неустойчивый и шизоидно-неустойчивый типы).	
Оппозиционно-вызывающее поведение, аффективная взрывчатость, агрессивность (с тяжелыми последствиями), открытое неподчинение, стремление поступать «назло» окружающим, вымещать на них злобу, обиду; развязность, бестактность, аффективная гиперактивность в конфликтах, застреваемость переживаний, изменчивость настроений.	Патохарактерологические реакции аффективно-экслозивного типа (эпилептоидно-истероидный, эпилиптоидно-неустойчивый типы).	Воспитание, общественное мнение, контроль, снятие напряженности, психотерапия.
Импульсивность, возбудимость, взрывчатость, конфликтность, гиперреактивность при конфликтах (крики, рыдания, позерство), слабый эмоциональный контроль, поиск одобрения (ложь, небылицы), гиперзабота о статусе, эгоцентризм, стремление участвовать в боевых действиях, суицидальный шантаж, демонстративные СОЧ, имитация психопатологических симптомов.	ПХР истероидного типа (истероидный, лабильно-истероидный, гипертимно-истероидный, истероидно-неустойчивый тип).	

Симптомы	Диагноз	Коррекционно-профилактические мероприятия
Встречаются крайне редко. Длятся от нескольких минут до нескольких часов. 1. Аффективное сужение сознания, двигательное возбуждение, поведение утрачивает целенаправленность, кричат, мечутся, нередко бегут в сторону опасности, на лицах – маска ужаса, резкий упадок сил, глубокий сон. При пробуждении – амнезия.	Острые, кратковременные реактивные психозы. Гиперкинетические.	Не учитываются, эвакуации не подлежат. В острых периодах – физическое ограничение, нейролептики, транквилизаторы, в последующем – витамино- и психотерапия.
2. Внезапная обездвиженность, помрачение сознания, утрата речи, безучастность, устремленный в пространство взгляд, редкое мигание. До нескольких суток. Последующая амнезия.	Гипокинетические.	
Употребление алкоголя и ПАВ без формирования физической зависимости.	Аддиктивное поведение.	Разъяснение, требования, ограничение доступа, контроль, снятие психоэмоционального напряжения.
Стойкие, структурированные психические расстройства: а) сохранением ориентировки: - формирование физической зависимости от алкоголя и ПАВ; - устойчивые депрессивные, астенические, истерические, фобические паттерны; - интрузия, избегание, гиперактивность, негактивные мысли и переживания; б) нарушением ориентировки.	Алкоголизм, наркомания. Неврозы. ПТСР. Психозы.	На госпитальном этапе за пределами ТВД.

Приложение 2

Использование свойств целебных трав

Проверенным средством психорегуляции военнослужащих является фитотерапия. К применению целебных свойств трав в целях коррекции психических состояний располагает целый ряд факторов. Во-первых, их огромное разнообразие, позволяющее постоянно иметь под рукой средства коррекции психических состояний. Во-вторых, биологические вещества растительной клетки хорошо усваиваются организмом.

В настоящее время прошли медицинские испытания и признаны как целебные травы, рекомендуемые при стрессовых и психотравмирующих ситуациях: валериана, пустырник, синюха голубая, пион уклоняющийся, мелисса и др. Перечисленные растения имеют выраженное седативное (успокаивающее) действие. К числу седативных трав относятся также душица обыкновенная, мята перечная, вахта трехлистная, фиалка трехцветная, полынь обыкновенная.

В ряду наиболее действенных успокаивающих сборов специалисты рекомендуют:

СБОР 1: мелисса (листья) – 40 г,
валериана (корень) – 20 г,
крапива (трава) – 30 г,
горицвет весенний (трава) – 10 г.

Берутся 2 столовых ложки смеси на стакан крутого кипятка, настаивается 15 мин. и принимается по 1/3 стакана 2–3 раза в день перед едой.

СБОР 2: валериана (корень) – 30 г,
мята перечная (листья) – 30 г,
ромашка (цветы) – 40 г.

1 столовая ложка смеси заливается чашкой кипящей воды и выдерживается на тихом огне 10 мин. Пьют при неврозах по 2 столовые ложки 2–3 раза в день.

СБОР 3: валериана (корень) – 50 г,
хмель (шишки) – 50 г.

1 столовая ложка смеси заваривается 1 чашкой кипятка. Настой выпивают вечером перед сном при бессоннице (*Лапкина, Т. И.* Траволечение неврозов и стрессовых состояний. – М. : МГУ, 1993).

Приложение 3

Экспресс-методы психической саморегуляции

Выбор метода психической саморегуляции в решающей степени обусловливается особенностями ситуации переживания стресса. Так, в обстановке активного социального взаимодействия (например, на уроке) выполнять процедуры АТ или медитации будет весьма проблематично. В динамично протекающей экстремальной ситуации (катастрофа, боевые действия) некоторые из вышеперечисленных методов покажутся сложными и неуместными. В таких и некоторых других ситуациях наиболее эффективными могут оказаться экспресс-методы психической саморегуляции. Они отличаются следующими особенностями: просты в овладении и выполнении, не требуют много времени на выполнение процедур (1–3 мин.), эффективны (результат обнаруживается уже в процессе выполнения приемов), не влекут негативных побочных явлений (например, сонливости) и др.

Наиболее эффективными из экспресс-методов являются следующие группы приемов.

1. **Дыхательные приемы.** Известно, что нервные импульсы из дыхательных центров мозга распространяются на его кору и изменяют ее тонус. При этом тип дыхания с коротким и энергичным вдохом и медленным выдохом, вызывает снижение тонуса центральной нервной системы, обусловливает снятие эмоционального напряжения. Медленный вдох и резкий выдох тонизирует нервную систему, повышают активность ее функционирования. Таким образом, для того, чтобы в стрессогенной ситуации обрести спокойствие, снять чрезмерную или неактуальную психическую напряженность, необходимо выполнить 8–10 коротких вдохов (используя движения нижней части живота) и медленных продолжительных выдохов. И, напротив, для того, чтобы максимально мобилизоваться, побороть сомнения в своих силах, преодолеть «мандраж», необходимо выполнить 8–10 дыхательных процедур с медленным, продолжительным вдохом и резким, энергичным выдохом.

Эффективность используемых приемов значительно повысится, если в их структуру добавить элементы, требующие отвлечения от стрессовой ситуации (образные, вербальные, логические и т. д.). К тому же, чем более структурирован тот или иной прием, тем выше плацебо-эффект от него.

Ниже приводятся примеры приемов, отвечающих всем этим требованиям.

«Успокаивающее дыхание»[1]**.** В исходном положении стоя или сидя, сделать полный вдох. Затем, задержав дыхание, вообразить круг и медленно выдохнуть в него. Этот прием повторить четыре раза. После этого вновь вдохнуть, вообразить треугольник и выдохнуть в него три раза. Затем подобным же образом дважды выдохнуть в квадрат. После выполнения этих процедур обязательно наступает успокоение.

«Выдыхание усталости»[2]**.** Лечь на спину, расслабиться, установить медленное и ритмичное дыхание. Как можно ярче представить, что с каждым вдохом легкие наполняет жизненная сила, а с каждым выдохом она распространяется по всему телу.

Упражнение **«Волевое дыхание»**[3]. Взято из практики психической саморегуляции в школе боевых искусств киоко-синкай.

Выполняющие упражнения принимают исходное положение стоя, расслабляются, устанавливают ровное глубокое дыхание. Затем, вдыхая ровно и спокойно, одновременно поднимают руки до уровня груди ладонями вверх, сгибают их в локтях и отводят локти назад. После этого делается спокойный выдох с одновременным медленным опусканием рук ладонями вниз. Во время выдоха последовательно напрягаются мышцы рук, плечевого пояса, живота, ног. Можно представить, что опускающиеся руки прессуют находящийся в легких воздух и направляют его вниз в землю. По окончании выдоха напряжение мышц прекращается. Упражнение повторяется до появления чувства уверенности в своих силах и готовности организма действовать с максимальной отдачей.

Упражнение **«Возбуждающее дыхание»**[4]. Исходное положение стоя, расслабиться, установить ровное, глубокое дыхание. Сделать спокойный вдох через нос, одновременно поднимая руки вверх и скрещивая их перед лицом. После этого, напрягая все мускулы тела, особенно мышцы живота, резко открыв рот, опуская руки через стороны вниз, сделать выдох. В конце выдоха собраться с силой и резко вытолкнуть из легких остаток воздуха. При выдохе издавать гортанный звук. Вдох и выдох производить замедленно. Трехкратное повторение

---

[1] См.: *Ладанов И.Д.* Психическая саморегуляция хозяйственных руководителей. М., 1986.

[2] См. там же.

[3] См. там же.

[4] См. там же.

этого упражнения позволяет мобилизовать силы и активизировать деятельность.

2. Приемы управления тонусом скелетной мускулатуры.

Доказано, что произвольное напряжение мышц способствует повышению и поддержанию психической активности, торможению нежелательных реакций на действующий или ожидаемый стимул. Для снятия неактуальной или чрезмерной психической активности, напротив, необходимо мышечное расслабление (релаксация). На знании этого механизма нервно-психической связи основан следующий прием психической саморегуляции.

Прием «Релаксация».

Напомним, что психологическое неблагополучие практически всегда связано с мышечным неблагополучием, «законсервированным напряжением», зажимами. У каждого человека есть своя «неблагополучная» мышечная область: голова, грудь, живот, спина.

Упражнение предполагает три процедуры:

- При переживании неблагоприятной ситуации обнаружить напряженную группу мышц.
- Почувствовать силу напряжения мышц, максимально напрячь их, ощутить напряжение. Расслабиться и почувствовать состояние расслабления и благополучия.
- Целенаправленно расслабить зажатые мышцы.

Прием «Мимика хорошего настроения».

Известно, что мимическая мускулатура способна оказывать влияние на эмоциональное состояние человека; поэтому необходимо приучать себя поддерживать постоянно доброе, приятное выражение лица. В целях снятия психической напряженности рекомендуется следующее упражнение. Нужно как бы включить «внутреннее зеркало», посмотреть на свое лицо и избавиться от внутренних зажимов. Периодически задерживая дыхание, слегка надувать щеки, делать глотательные движения. После вдоха провести рукой по лицу, как бы убирая остатки тревоги, раздражения. Затем поднять уголки губ вверх, улыбнуться, почувствовать, как приятные ощущения от уголков идут к ушам. Провести рукой по мышцам шеи и, если они напряжены, сделать несколько наклонов и вращательных движений головой, помассировать шею. Затем легко погладить мышцы от плеча к уху, потереть подушечками пальцев заушные бугры. Это позволит улучшить приток крови к голове и поможет снять нервное напряжение.

В других случаях более эффективным окажется дифференцированный аутотренинг по типу **«Минимизация напряжения»**. Он заключается в максимальном расслаблении тех мышц, работы которых в данный момент не требуется. Так, если при ходьбе напрягаются преимущественно мышцы ног, то нужно расслабить мышцы лица, плеч, рук. В положении сидя следует расслабить мышцы лица, плеч, рук, ног.

Разрядке негативных эмоциональных состояний и поддержанию бодрого настроения поможет упражнение **«Расслабление по контрасту»**. Здесь релаксация достигается через напряжение. Нужно напрячь, к примеру, кисти рук, а затем максимально их расслабить. Напрячь ноги, с силой уперевшись в пол, затем расслабить их. Вместе с расслаблением должно прийти ощущение радости освобождения от скованности, которое необходимо всячески усиливать.

3. Приемы, основанные на использовании воображения.

Упражнение **«Передача энергии»**[1] можно использовать, когда вы ощутите упадок энергии. Вообразите перед собой какой-то источник энергии. Он согревает вас, дает вам энергию. Постарайтесь ощутить, как энергия воздействует на переднюю часть вашего тела.

Вдохните ее. Представьте такой же источник энергии за своей спиной. Почувствуйте, как волны энергии скользят вниз и вверх по вашей спине.

Поместите источник энергии справа. Ощутите воздействие энергии на правую половину тела.

Поместите источник энергии слева. Ощутите воздействие энергии на левую половину тела.

Вообразите источник энергии над собой. Ощутите, как энергия воздействует на голову.

Теперь источник энергии находится у вас под ногами. Почувствуйте, как наполняются энергией ступни ваших ног, а потом энергия поднимается выше и распространяется по всему вашему телу.

Представьте, что вы посылаете энергию какому-то человеку, а теперь другому. Отметьте для себя, каких именно людей вы выбрали. Теперь пошлите энергию своей семье, своим друзьям и знакомым.

Упражнение **«Абсолютное здоровье»**[2]. Примите позу, подходящую для медитации. В течение нескольких минут занимайтесь медитацией,

---

[1] См.: *Рейнуотер Д.* Это в ваших силах. Как стать собственным психотерапевтом. М. : «Прогресс», 1992.

[2] См. там же.

используя знакомую вам технику, пока не почувствуете себя совершенно расслабленным.

Теперь обратитесь к своей памяти, попытайтесь вспомнить какие-то моменты своей жизни, когда вы чувствовали себя совершенно счастливым.

Выберите какой-то из этих моментов и постарайтесь как можно ярче оживить его в своей памяти.

Пропустите через все свое тело ощущение абсолютного благополучия, особенно направляя его на те части тела, с которыми у вас бывают проблемы.

Представьте, как все болезни и телесные недомогания исчезают под воздействием сил, идущих от переживания полного телесного благополучия.

Наслаждайтесь ощущением полного телесного благополучия и абсолютного здоровья. Представьте себе свое будущее, активное и деятельное, благодаря здоровому телу.

4. Приемы, основанные на использовании слова. Методика СОЭВУС (по Г. Сытину)

Слово является универсальным стимулом, способным вызвать любое ощущение (боль, сладкое, радостное, опасное). Слова, организованные в соответствии с законами нейролингвистического программирования, способны программировать поведение человека.

Эта закономерность реализована в методе словесно-образного эмоционально-волевого управления сознанием человека (СОЭВУС), разработанным Г. Н. Сытиным[1]. Метод основан на учении И. П. Павлова о речи как второй сигнальной системе и ее связи с подсознанием человека, управляющим физиологическими процессами в организме. Наличие такой связи позволяет оказывать целенаправленное воздействие на психику, а через нее на функции внутренних органов. Основу метода составляют настрои, т. е. своеобразные формулы – послания сознанию и подсознанию. Их построение позволяет формировать яркие образы здоровья, силы, неутомимости, энергичности, стеничные психические состояния, стимулирующие волевые усилия.

Приведем образец сокращенного и незначительно измененного настроя на «смелое поведение и высокую работоспособность»:

«Я человек смелый, твердо уверенный в себе. Я все умею, все могу и ничего не боюсь. С каждым днем моя воля становится все сильней и

[1] См.: *Сытин Г. Н.* Животворящая сила. Помоги себе сам. М., 1990.

сильней. Я безгранично управляю деятельностью моего организма и поведением.

Я твердо знаю, что никаким трудностям не сокрушить моей воли.

Среди всех ураганов и невзгод, опасностей и испытаний непоколебимо стою как скала, о которую все сокрушается.

С каждым днем я становлюсь все более и более смелым, все более уверенным в себе.

Я постоянно сохраняю полную боевую готовность к преодолению всех трудностей и препятствий, я постоянно сохраняю полную боевую готовность к преодолению всех противодействующих сил жизни. Весь мой организм постоянно непрерывно поддерживает полную готовность к преодолению всех вредных влияний внешней среды. И я непоколебимо сохраняю прекрасное самочувствие. Я систематически, упорнейшим образом учусь чувствовать себя в десять раз сильнее, в сто раз сильнее всех противодействующих сил жизни.

Моя внутренняя устойчивость, сила моей воли в десять раз, в сто раз сильнее всех трудностей и препятствий. Крепнут мои духовные силы, здоровеют мои нервы. С каждым днем я становлюсь человеком со все более и более твердым характером, со все более и более сильной волей. Я постоянно одерживаю победы над всеми трудностями и препятствиями. Я чувствую себя человеком-гигантом, человеком огромного калибра, способным преодолевать все трудности и препятствия, способным преодолевать все противодействующие силы жизни.

Весь мой организм мобилизует все силы, все свои безграничные резервы для быстрой реализации всего того, что я говорю о себе. Во время выполнения самой трудной деятельности весь организм восстанавливает свои силы. Все нервные клетки головного мозга во время самой работы накапливают молодую энергию, увеличивают свои энергетические ресурсы. И моя работоспособность становится практически безграничной. Все мое тело, все мои внутренние органы продолжают накапливать молодую энергию. Крепнут мои духовные силы, здоровеют мои нервы, все более сильной становится моя воля, и непрерывно увеличиваются мои возможности. То, что раньше для меня было непосильным, недостижимым, становится ниже моих реальных возможностей, те трудности и препятствия, которые казались мне раньше непреодолимыми, я теперь преодолеваю смело, уверенно и одерживаю над ними победу за победой. Я становлюсь человеком все более сильным и смелым.

Я человек смелый, твердо уваренный в себе, я все умею, все могу и ничего не боюсь. Я действительно ничего не боюсь и смотрю миру в

лицо, ничего не боюсь и среди всех житейских ураганов и бурь непоколебимо стою как скала, о которую все сокрушается».

5. Приемы купирования боли.

Прием «Рисунок боли» предполагает в момент эскалации болевого ощущения детальное изображение образа боли на бумаге. Психологическим механизмом купирования боли является отвлечение внимания от болевого ощущения.

Прием «Выдыхание боли». Находясь в любом положении, расслабиться, установить ровное дыхание. Затем, делая вдох, представить, что в груди формируется облако целительных жизненных сил, к примеру, серо-голубого цвета. Далее представить болевой участок, «увидеть» больной орган, имеющий коричнево-черный цвет. После чего, делая медленный выдох, направить целительное облако на больной орган, наблюдая, как оно обволакивает болевой участок, вырывает куски боли и выбрасывает из тела. Упражнение повторять до тех пор, пока оно не «вычистит» болящий орган и последний не приобретет естественный цвет.

Прием «Образ боли» предполагает работу с субмодальностями – качествами образа боли – последовательное изменение таких качеств образа боли, как температура, цвет, материал от неприятных до приятных. На последнем этапе целесообразно представить боль. Например, в виде воздушного шара, улетающего от болезненного места.

Прием «Перегрузка» предполагает во время переживания боли детально описывать все находящиеся в помещении предметы, последовательно перемещаясь из угла в угол.

Упражнение **«Снятие головной боли»**[1] не является собственно методом психической саморегуляции, но обладает по крайней мере сильным плацебо-эффектом. Это упражнение основано на использовании японской системы точечного массажа шиацу. Удобство в применении этой системы заключается в том, что для воздействия не нужно искать на теле конкретную точку, а достаточно определить площадь, на которую нужно осуществлять нажатие пальцами или ладонью. Нажатие производится в течение 3–5 секунд на каждую точку с усилием 3–5 килограммов. При этом надо внимательно следить, чтобы нажатие не вызывало болевых ощущений. Упражнение выполняется в течение 2–3 минут и

[1] См.: *Пронников В. А., Ладанов И. Д.* Японцы : этнопсихологические очерки. М. : Наука, 1985. С. 331.

состоит из пяти шагов. *Шаг первый*: наложив средний палец на указательный, нажимать последним по центру черепа (рис. 1). Первое нажатие сделать на верхней части лба у того места, где начинаются волосы. Затем, отступая примерно по 2,5 см, сделать еще девять нажатий. Последняя точка расположена под основанием черепа. *Шаг второй:* нащупав на черепе верхнюю точку, отступить от нее на 2,5 см в обе стороны по направлению к вискам и сделать четыре нажатия. *Шаг третий*: обеими руками сделать по два нажатия по направлению от заушных бугров к углублению под основанием черепа. После этого нажимать на точку под основанием черепа. *Шаг четвертый:* сделать по четыре нажатия на задней части шеи по обе стороны от позвоночника. *Шаг пятый:* подождать 1–2 минуты, и, если боль не утихла, проделать всю процедуру повторно. Необходимо постоянно помнить, что нажатия должны сопровождаться приятными ощущениями.

Рис. 1. Этапы выполнения приема по снятию головной боли

Упражнение **«Снятие зубной боли»**[1]. Во многих случаях зубную боль можно унять с помощью массирования пяти лицевых точек (рис. 2). Если болит верхняя челюсть, нужно массировать точку 1, расположенную под глазом. Затем мягкой стороной большого пальца нажать на точку 2. Нажатие следует осуществлять по направлению к носу. После этого массировать точку 3. Если боль исходит от нижней челюсти, то следует нажимать точку 4, расположенную чуть ниже крыльев носа. Кроме этого, нужно массировать точку 5, находящуюся под уголками губ.

---

[1] См.: *Пронников В. А., Ладанов И. Д.* Японцы : этнопсихологические очерки. С. 331.

Рис. 2. Точки для надавливания в целях купирования зубной боли

Снятие сердечной боли[1]**.** Известный энтузиаст русского боевого искусства А. А. Кадочников рекомендует: если появились перебои в работе сердца, возникли болевые ощущения в левой части груди, проделайте следующее. Резко нажмите на основание ногтя левого мизинца с доворотом с внешней стороны. Облегчение должно наступить почти мгновенно. Этот прием стимулирует деятельность сердца при сильной аритмии, стенокардии, инфаркте, вегетативно-сосудистой дистонии, заменяет таблетку нитроглицерина или валидола.

[1] См.: Жизнь на кончике мизинца // Красная звезда. 1991. 12 декабря.

Приложение 4

Обсуждение стресса

Метод неструктурированной психологической интервенции, проводимой для предотвращения развития психопатологических явлений у участников боевых действий. По некоторым данным, практиковался в китайской армии в годы Второй мировой войны и в послевоенных локальных вооруженных конфликтах.

Состоит в простом обсуждении (*вербализации*) состояний участников боя, *отреагировании* эмоциональных состояний в обстановке социальной *поддержки*.

Как правило, военнослужащие садятся на землю в кружок и командир предлагает «по кругу» обсудить «кто что чувствовал». Ингода он может начинать с себя. Возможно неоднократное обсуждение «по кругу» с постоянным углублением обсуждаемых состояний и вовлечением тех, кто на первом круге пропустил свою очередь.

Завершать обсуждение стресса следует символическим «стряхиванием» пережитых в бою чувств, оставлением их на месте обсуждения и т. д.

Дебрифинг стресса критических инцидентов

Наиболее распространенной и широко применяемой формой групповой рациональной терапии является психологический дебрифинг стресса критических инцидентов (психологический дебрифинг), то есть организованное обсуждение стресса, совместно пережитого военнослужащими при решении задач боевой деятельности.

«Митчел (1983) впервые сформулировал структуру и последовательность действий психолога во время сбора группы, часто это называют термином «дебрифинг стресса критических инцидентов» или просто «психологический дебрифинг»[1]. Он заключается в запланированной групповой работе, в течение которой организовываются и детально пересматриваются факты, мысли, чувства, ощущения, действия военнослужащих с последующей информацией о типичных реакциях на данные события. Митчел таким образом стимулировал групповую сплоченность, нормальное восстановление после стрессовых событий, и, самое главное, такая помощь помогала не минимизировать «побочные эффекты». Модели Митчела получили огромное распространение по всему миру,

[1] The process in psychological debriefings / A. Dyregrov // Journal of traumatic stress. 1997. Wiley Online Library.

«только в США более 300 групп профессионалов работали в соответствие с разработанными методами»[1].

Целью дебрифинга ставится минимизация и купирование психических страданий военнослужащих.

Задачами группового обсуждения стресса являются:

- проработка впечатлений, реакций и чувств;
- формирование у участников групповой работы понимания сущности происшедших событий и психотравматического опыта;
- уменьшение ощущения уникальности и паталогичности собственных реакций путем обсуждения чувств и обмена переживаниями;
- мобилизация внутренних ресурсов, групповой поддержки, солидарности и понимания;
- снижение индивидуального и группового напряжения;
- подготовка к переживанию тех симптомов и реакций, которые могут возникнуть в последующем и др.

Дебрифинг проводится с группами до 15 военнослужащих, совместно пережившими психотравмирующее событие в ближайшие 48 часов после его окончания.

Выделяются 7 фаз, через которые проходит группа в процессе своей работы.

1. Вводная фаза – знакомство с группой, разъяснение целей, задач и правил проведения группового обсуждения, создание обстановки психологической безопасности и комфорта.

2. Фаза «Факты» – участники группы рассказывают о том, что они наблюдали, что делали в бою и на основе этого составляется более или менее целостная картина происшедшего. Часто представления участников боевых действий о событии оказываются ошибочными. Выяснение этого обстоятельства способствует скорректировать такие представления.

3. Фаза «Мысли» – обсуждению подвергаются первые мысли, которые пришли в голову участникам боевых действий в критической ситуации. Некоторые мысли воинов также могут не отражать реальности и вызывать у них негативные эмоциональные реакции.

---

[1] *Mitchell J. T., & Everly G. S.* (1993). Critical Incident Stress Debriefing: An operations manual for the prevention of traumatic stress among emergency services and disaster workers, Ellicott City, MD : Chevron Publishing Company.

4. Фаза «Эмоции и чувства» – осуществляется переход от описания фактов к рассказу о внутренних психологических реакциях военнослужащих на них. Впечатления, эмоциональные реакции, импульсивные поступки каждого участника экстремального события делаются достоянием всей группы.

В процессе обсуждения выясняется, что чувства и переживания воинов во многом совпадают. Осознание этого обстоятельства способствует снятию эффекта уникальности переживаний (в том числе и страха) воинов.

Ведущим принимаются меры для включения всех военнослужащих в групповую работу, недопущения «узурпации» права на высказывание одним и превращения в безмолвных слушателей других. Он обращает внимание на то, что высказываясь о пережитом, военнослужащие переживают сильный стресс, и, хотя это происходит в обстановке отсутствия реальной опасности, они нуждаются в понимании и поддержке сослуживцев.

5. Фаза «Симптомы» – на данном этапе предметом группового обсуждения становятся эмоциональные, физиологические и поведенческие реакции и симптомы посттравматического стресса, изменения в самосознании и самооценке военнослужащих. Знакомясь с перечнем симптомов, характерных для психологических последствий конкретных психотравмирующих событий, каждый участник понимает, что его переживания не уникальны. Отражаясь в других людях через обратную связь, замечая в высказываниях других людей то, о чем сам сказать не смел, каждый участник лучше познает себя, свои чувства, переживания.

6. Фаза «Информирование» – заключается в разъяснении военнослужащим психологической сущности постстрессовых расстройств как «нормальных реакций на ненормальные условия боевой обстановки», способов преодоления отрицательных психологических последствий боевого стресса. Здесь может быть зачитан общий список реакций участников на стресс-факторы боевой обстановки.

7. Фаза «Закрытие прошлого» – подведение своеобразного итога под тем, что было пережито. В терминах будущего определяются стратегии преодоления отрицательных последствий боевого стресса, случаи, в которых участник должен искать дополнительную психологическую помощь. Такими случаями являются: наличие постстрессовых симптомов спустя 6 месяцев после дебрифинга; эскалация названных симптомов; наличие затруднений в выполнении простейшей работы или резкое снижение работоспособности.

При проведении дебрифинга следует строго придерживаться правил групповой работы: добровольность; конфиденциальность; исключение взаимных оценок, критики, недоброжелательности; работа без перерывов с правом выхода участников при необходимости; свобода в постановке любых вопросов, связанных с пережитыми событиями и собственными состояниями; предупреждение участников о возможности повторного переживания во время работы негативных эмоций и чувств и необходимости таких переживаний в интересах поисков путей их преодоления; ведение разговора лишь о своих переживаниях, а не о реакциях других людей.

Дебрифинг помогает лучше понять природу травматического стресса, его симптомы, овладеть способами эффективного их преодоления, предупредить возможность возникновения отсроченных отрицательных последствий.

Приложение 5

Аутогенная тренировка

Аутотренинг (Йоган Шульц, 1932) – слово «ауто» означает «сам», «генос» – рождение, «тренинг» – тренировки. То есть если в расширенном варианте – рождение новой личности путем регулярных занятий (тренировок). Это метод, сочетающий элементы саморегуляции и самовнушения. Он помогает человеку управлять своими эмоциями, восстанавливать силы, сохранять и повышать работоспособность, снимать чрезмерное психическое напряжение. Освоение методики проведения аутотренинга является основой для овладения большинством методик психической саморегуляции. Тем более, что сегодня огромное количество методик саморегуляции по существу являются модификациями АТ.

Аутогенная тренировка, по Шульцу, включает в себя две ступени:

1) *низшая ступень* – обучение расслаблению мышц с помощью упражнений, направленных на вызывание ощущения тяжести, тепла, на овладение ритмом сердечной деятельности и дыхания;

2) *высшая ступень* – аутогенная медитация – создание трансовых состояний различного уровня (в основном для лечебных целей).

Низшую ступень составляют *шесть стандартных упражнений*, которые выполняются пациентами в одной из трех поз:

1) сидя («поза кучера»: положение сидя на стуле со слегка опущенной вперед головой, кисти и предплечья лежат свободно на передней поверхности бедер, ноги свободно расставлены, глаза закрыты);

2) лежа (положение лежа на спине, голова на низкой подушке или без подушки, руки свободно лежат вдоль туловища ладонями вниз, глаза закрыты);

3) полулежа (положение полулежа – расслабиться в кресле, облокотиться на спинку, руки лежат на передней поверхности бедер или на подлокотниках, ноги свободно расставлены, глаза закрыты).

При принятии любой удобной позы начинается выполнение специальных упражнений, состоящих из мысленного повторения (5–6 раз) специальных формул самовнушения. Формулы самоприказов следующие:

Первое упражнение. Вызывание ощущения тяжести в руках и ногах, что сопровождается расслаблением поперечнополосатой мускулатуры.

Формулы:

– «Моя правая рука тяжелая. Я чувствую это».

– «Моя левая рука тяжелая. Я чувствую это».

– «Обе моих руки тяжелые. Я чувствую это».

– «Мои ноги тяжелые. Я чувствую это».

– «Все тело тяжелое; я чувствую тяжесть в руках, ногах, и во всем теле».

Второе упражнение. Вызывание ощущения тепла в руках и ногах в целях овладения регуляцией сосудистой иннервации конечностей.

Формулы:

– «Моя правая рука теплая. Я чувствую это».

– «Моя левая рука теплая. Я чувствую это».

– «Мои обе руки теплые. Я чувствую это».

– «Мои ноги теплые. Я чувствую это».

– «Я чувствую тепло в руках, ногах, и во всем теле».

Третье упражнение. Контроль ритма сердечных сокращений.

Формула:

– «Сердце бьется ровно, спокойно, ритмично».

Четвертое упражнение. Нормализация и регуляция дыхательного ритма.

Формула:

– «Я дышу совершенно спокойно».

Пятое упражнение. Вызывание ощущения тепла в области солнечного сплетения.

Формула:

– «Мое солнечное сплетение излучает тепло».

Шестое упражнение. Вызывание ощущения прохлады в области лба в целях предотвращения и ослабления головных болей.

Формула:

– «Мой лоб прохладен».

Показателем усвоения каждого упражнения является прочувствование соответствующих ощущений. Например, при вызывании тепла в конечностях – вы должны реально ощущать, как тепло разливается по телу.

Для выхода из аутогенного транса необходимо сделать глубокий вдох и выдох, мысленно сосчитать до трех и открыть глаза.

Курс обучения по системе Шульца рассчитан в среднем на три месяца. На отработку каждого упражнения уходит около 2 недель тренинга с интенсивностью два раза в неделю по 10–15 минут под руководством специалиста, плюс ежедневные (утром, после пробуждения, и вечером, перед сном) самостоятельные упражнения.

На выполнение комплекса АТ-1 требуется не менее 15 минут. В дальнейшем осваиваются сокращенные варианты АТ. На их выполнение требуется несколько секунд. По типу: «Руки полностью тяжелые и теплые.

Ноги тяжелые и теплые. Сердце бьется ровно, спокойно, ритмично. Дышу совершенно спокойно. Лоб прохладен. Я спокоен, уверен в себе, я все могу, все преодолею. Считаю до трех и открываю глаза».

Вход в трансовое состояние (кора заторможена) может дополняться самопрограммированием.

- Курение вредно. Курить бросаю.
- Аллергия – все равно.
- Сплю спокойно.
- Я уверенный в себе человек.
- Я здоров, силен, уверен в себе.
- Я смел и решителен.

Сейчас я досчитаю до трех, на счет «три» открою глаза, буду свеж, бодр, активен.

Раз…

Два…

Три…

Комплексная регуляция мышечного тонуса

Американский психолог Э. Джекобсон разработал «**Метод прогрессивной релаксации**». Он установил, что каждому типу эмоционального реагирования соответствует напряжение определенной группы мышц. Например, депрессивные состояния сопровождаются напряжением дыхательной мускулатуры; при эмоциях страха возникает спазм мышц артикуляции и фонации и т. д. На этом основании был сделан вывод о том, что эмоциональные реакции могут объективно измеряться по их внешнему мышечному выражению. Из этого следовало, что изменение регуляции мышечного тонуса можно использовать не только в целях прикладных исследований, но и как метод релаксации. Под релаксацией понималось не только расслабление мышц, но и состояние, противоположное психической активности.

На основании проведенных исследований автор сделал вывод о том, можно произвольно уменьшать чрезмерную церебрально-нервно-мышечную деятельность посредством прямой релаксации перцепторной части этого пути. Другими словами, произвольное расслабление мускулатуры сопровождается снижением нервно-эмоционального напряжения и оказывает седативный эффект.

Техника релаксации по Джекобсону заключается в выработке способности к произвольному расслаблению поперечнополосатых мышц в покое. Тренинг овладения техникой осуществляется в 3 этапа. Задача

первого этапа – научить пациента осознавать и чувствовать даже слабое мышечное напряжение, а также обучить целенаправленному расслаблению мышц-сгибателей. На этом этапе обучаемый, лежа на спине, сгибает и разгибает руки в локтевых суставах, резко напрягая мышцы рук. Затем следует быстрое расслабление – руки должны свободно падать. Упражнение повторяется несколько раз. В дальнейшем обучаемый тренируется в расслаблении остальных поперечнополосатых мышц: шеи, туловища, плечевого пояса, ног, мышц лица, глаз, языка и гортани. *Второй этап* нацелен на обучение дифференцированной релаксации. Тренируемый в положении сидя расслабляет мускулатуру, не участвующую в поддержании вертикального положения тела.

Третий этап связан с формированием привычки повседневно наблюдать за собой, замечать, какие мышцы напрягаются у него при волнении, страхе, тревоге, смущении, целенаправленно уменьшать, а затем снимать локальные напряжения мышц. За счет этого отмечается значительное снижение выраженности субъективных нервно-эмоциональных реакций.

Метод прогрессирующей мышечной релаксации может быть использован как лечебно-профилактическое средство при устойчивых реакциях тревоги, страха и при депрессивных состояниях, повышенном артериальном давлении при нейроциркуляторных дистониях гипертонического типа и в начальных стадиях гипертонической болезни.

Учебное издание

Караяни Александр Григорьевич
Караяни Юлия Михайловна

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ВОЕННОСЛУЖАЩИМ В БОЕВОЙ ОБСТАНОВКЕ

Учебное пособие

Редактор В. А. Казначеева
Компьютерный макет подготовлен К. А. Юрасовой

Изд. № I В – 26.127/15. Подписано в печать 26.05.2015.
Бумага офсетная № 1. Формат бумаги 60×84 1/16. Гарнитура «Таймс». Печать офсетная.
Объем – 13,25 п. л. Уч.-изд. л. – 12,15. Тираж 300 экз. Зак. 26

РИО Военного университета. 123001, г. Москва, ул. Б. Садовая, 14.
Типография Военного университета